



**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de estágio

**O *recovery* e o empowerment da pessoa com doença oncológica: o papel do
especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria**

Cristina Bento

2011



**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de estágio

**O *recovery* e o empowerment da pessoa com doença oncológica: o papel do
especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria**

Cristina Bento

Orientado por: Prof. Carlos Pina David

2011

RESUMO

Este estágio teve como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. A intervenção dirigiu-se a pessoas com doença oncológica, tendo como orientação teórica a Teoria do Empowerment e o Processo de Recovery. A um nível global, a saúde mental dos indivíduos é essencial ao bom funcionamento da sociedade. A um nível restrito, a saúde mental é decisiva para o bem-estar, bem como para o funcionamento pessoal e relacional. O equilíbrio dinâmico estabelecido entre o indivíduo e o meio pode ser perturbado por stressores. O percurso da doença oncológica constitui um conjunto de stressores capazes de provocar um desequilíbrio tal, podendo tornar-se necessário a ajuda profissional para a sua recuperação. Segundo a literatura, cerca de 50% das pessoas com doença oncológica desenvolvem distúrbios psiquiátricos. O empowerment da pessoa e a construção de um plano individual de recovery promovem a sua adaptação ao percurso da doença, aumentam o seu bem-estar, reduzem o impacto negativo do processo e contribuem para a resolução de distúrbios psicopatológicos. O objectivo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental é ajudar a pessoa, através do seu empowerment, a recuperar e/ou manter o equilíbrio do seu sistema, através da identificação de riscos e prevenção do agravamento da situação, da redução dos efeitos dos stressores quando já estão instalados, da promoção do processo de adaptação à situação de doença oncológica e do desenvolvimento de um plano individual de recovery. Procurando uma resposta complexa e mais eficaz para as necessidades da pessoa, baseada na evidência, a intervenção de enfermagem especialista em saúde mental foi implementada, de acordo com os diagnósticos de enfermagem da CIPE, tendo em vista a prevenção do desequilíbrio mental e/ou recuperação e manutenção da saúde mental e bem-estar da pessoa com doença oncológica. Os indicadores de sucesso descritos pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) foram observados, concluindo-se sobre a mais-valia desta intervenção. Reflecte-se sobre a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na prestação de cuidados a pessoas com doença oncológica, prevenindo distúrbios mentais, promovendo e mantendo a saúde mental das pessoas.

Palavras-chave: enfermagem de saúde mental, empowerment, recovery, doença oncológica, qualidade de vida

ABSTRACT

This stage was aimed at developing skills of mental health and psychiatric nursing. The intervention was directed at people with cancer, with the theoretical orientation of the Empowerment Theory and the Process of Recovery. At a global level, the mental health of individuals is essential for the proper functioning of society. At a restricted level, mental health is crucial to the well-being as well as for personal and relational functioning. The dynamic equilibrium established between the individual and the environment can be disturbed by stressors. The path of malignant disease is a set of stressors that can cause imbalance in the individual and may become necessary to professional help for their recovery. According to the literature, about 50% of people with cancer develop psychiatric disorders. The empowerment of people and the establishment of an individual plan of recovery promote their adaptation to the course of the disease, increase their well-being, reduce the negative impact of the disease and contribute to the resolution of psychopathological complications. The aim of the intervention of specialist nurses in mental health nursing is to help people, through their empowerment, to regain or maintain the system's equilibrium, by identifying risks and preventing escalation, reducing the effects of the stressors, promoting the process of adaptation to the situation of disease and developing an individual plan of recovery. Looking for a complex and efficient response to the needs of the person, based on evidence, specific interventions of mental health nursing have been implemented, according to CIPE nursing diagnostics, to prevent mental illness, regain and maintain mental health and wellbeing of people with cancer. The indicators of success described by the Nursing Outcomes Classification (NOC) were observed, concluding on the added value of these interventions. It's made a reflection about the importance of the role of specialist nurses in mental health nursing in providing care to people with cancer by promoting health and preventing mental disorders.

Key words: mental health nursing, empowerment, recovery, cancer, quality of life

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível devido ao apoio imprescindível de várias pessoas, a quem dirijo os meus profundos agradecimentos e passo a nomear.

Em primeiro lugar, agradeço ao Prof. Carlos Pina David pela sua orientação e críticas pertinentes ao trabalho.

À Professora Doutora Francisca Manso e à Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho pela sua disponibilidade, permitindo assim a organização do estágio.

À Enfª Rosa Romão, à Enfª Cândida Damião e toda a Equipa da Unidade de Hematologia do Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central, pelo apoio imprescindível que me ofereceram.

À Direcção, Equipa e Membros da AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial pela experiência que me proporcionaram. À Maria João Neves, membro da AEIPS, pela reflexão sobre a prática que me proporcionou.

Ao Dr. Manuel Hernandez Blazquez pelo seu apoio incondicional, pelas suas críticas, sugestões e supervisão clínica essenciais ao trabalho desenvolvido.

Ao Dr. Miguel Angel González Torres pelas diligências tomadas em relação à minha permanência na Unidad de Psicooncologia do Hospital de Basurto, e pelos desafios propostos, que me ajudaram no meu percurso.

A toda a Equipa da Unidad de Psicooncologia do Hospital de Basurto pelo apoio dado.

Aos meus amigos Isabel Castanheira, Sónia Ferreira, Cristina Dionísio e Jorge Paiva pela sua colaboração incansável que contribuiu para este trabalho.

Ao meu amigo e colega Pedro Lopes por me ter estimulado a fazer esta Especialidade.

À minha irmã Ana por toda a paciência que teve enquanto elaborei todo este trabalho.

ÍNDICE

RESUMO	4
INTRODUÇÃO	6
Apresentação do relatório de estágio	6
Fundamentação do percurso do estágio à luz do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista definidas no projecto	10
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	15
Enquadramento teórico do estágio	15
Papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria	24
A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria nos campos de estágio	27
<i>AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial, Lisboa</i>	<i>29</i>
<i>Unidade de Hematologia, Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa</i>	<i>31</i>
<i>Unidade de Psico-Oncologia, Hospital de Basurto, Bilbao</i>	<i>35</i>
CONCLUSÃO	40

INTRODUÇÃO

Apresentação do relatório de estágio

Este trabalho relata a intervenção desenvolvida no estágio que decorreu entre 25 de Outubro de 2010 e 18 de Fevereiro de 2011. Apresenta o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na área de oncologia, tendo como base a Teoria do Empowerment e o Processo de Recovery. O termo “recovery” emerge dos movimentos de Pessoas com Experiência de Doença Mental (PEDM), o seu significado é específico para além da sua tradução, como será apresentado ao longo deste trabalho. A escolha da área de oncologia, como o foco de intervenção, resulta da necessidade de desenvolver competências específicas, sentida durante o exercício profissional na área, para dar resposta em situações de crise, prevenir a doença mental, promover e manter a saúde mental das pessoas com doença oncológica. Este Mestrado/Especialidade surge como uma resposta a esta necessidade.

Nesta Introdução é contextualizado o trabalho desenvolvido, apresentado o percurso do estágio, de acordo com a finalidade e objectivos a atingir.

No Desenvolvimento são apresentados os objectivos específicos para cada campo de estágio e uma descrição crítica do percurso realizado, em termos interventivos, baseado na evidência, tendo em vista a finalidade deste trabalho.

Na Conclusão são apresentadas as competências desenvolvidas, objectivos atingidos e uma reflexão crítica sobre o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria tendo em conta a política da saúde mental.

Sobre o papel dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros [OE], (2001) refere:

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a

adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” (p. 6).

Na perspectiva de Neuman (2011), a Enfermagem tem vindo a converter-se num sistema complexo devido à sua diversidade de papéis e de funções. A mesma autora dá-nos uma perspectiva inovadora: as mudanças ao nível social, ambiental, nos papéis e nas funções lançam um desafio à disciplina de Enfermagem, o de conseguir manter-se estável, mas flexível o suficiente para agir e reagir às exigências tanto do ambiente interno como do ambiente externo. No Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman, 2011), o homem é visto como um sistema aberto em equilíbrio dinâmico com o meio, constituído por várias partes (sub-partes do sistema), todas elas em interacção, onde se verifica um fluxo contínuo de input, output e feedback. Um enfermeiro especialista dá ênfase a uma determinada parte do sistema, mas tem também o papel de estabelecer novas alianças com os enfermeiros generalistas, providenciando, assim, um verdadeiro cuidado holístico à pessoa. A abordagem sistémica permite à Enfermagem dar uma melhor resposta às exigências das novas reformas da saúde, dando maior ênfase ao bem-estar e à prevenção da doença. O bem-estar do sistema é definido como uma condição estável, em que todas as sub-partes se encontram em harmonia com todo o sistema. O estado de doença aparece em oposição ao conceito de bem-estar, verificando-se uma instabilidade e perda de energia entre as sub-partes, afectando o funcionamento de todo o sistema.

Segundo a WHO (World Health Organization), não há saúde sem saúde mental. A saúde mental, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (p. 1), sendo vital para o bem-estar pessoal, para as relações familiares e para um contributo com sucesso para a sociedade. (WHO, 2008)

No decurso da sua vida, a pessoa é confrontada com os seus limites e obstáculos do meio, desenvolvendo estratégias de adaptação para ultrapassá-los; se não conseguir encontrar recursos, em si ou no meio, que a ajudem a enfrentá-los, viverá um período de maior ou menor desorganização, em função da percepção do estímulo stressante, surgindo assim a crise. (Chalifour, 2002)

Desta forma, as doenças oncológicas, e todo o seu percurso, contém um conjunto de stressores capazes de desequilibrar o indivíduo ao nível físico, psicológico, emocional, familiar, social, espiritual, limitando a sua autonomia e bem-estar,

diminuindo consequentemente a sua qualidade de vida. (Scharf, 2005; Chahl & Bond, 2009; Swanson & Koch, 2010)

O diagnóstico e tratamento da doença oncológica causam grande stress emocional, psicológico, físico e social na pessoa e família; mais de 50% das pessoas com doença oncológica têm perturbações psicopatológicas, mas o seu diagnóstico é difícil devido à associação de sintomas somáticos que se confundem com os sintomas oncológicos, descurando-se frequentemente outras variáveis da pessoa com esta problemática. (Lovejoy & Matteis, 2000; Strong et al., 2004; Fulcher & Gosselin-Acomb, 2007; Chahl & Bond, 2009) O diagnóstico de doença oncológica, e todo o percurso da doença, causa grande impacto no indivíduo e família, assim, estes sintomas são subestimados por alguns médicos, pensando ser “compreensível” o estado de tristeza da pessoa com doença oncológica. (Fanger et al., 2010) As perturbações psicopatológicas nas pessoas com doença oncológica diminuem a sua qualidade de vida e bem-estar, pelo que é imprescindível a sua identificação para uma intervenção adequada e efectiva. (Dzubur et al., 2008; Swanson & Koch, 2010) A intervenção pretende facilitar o processo de adaptação à doença, favorecendo o bem-estar e aumentar a qualidade de vida. (Peralta et al., 2010) Esta é uma área de intervenção importante da enfermagem de saúde mental na procura de um caminho para ajudar o indivíduo e família a restabelecer o equilíbrio perdido. (Scharf, 2005)

Durá & Ibañez, num artigo datado de 2000, apresentam o que foi feito nesta área desde a década de 60 até à década de 80, resumo que se passa a apresentar. A pessoa em estado terminal é o alvo de interesse e de investigação na área da psico-oncologia, na tentativa de se compreender o processo pelo qual a pessoa passa, analisando-se primeiramente a gravidade da doença e o risco de morrer; em segundo lugar, analisa a ajuda na fase terminal. Na comunidade científica começa a emergir o questionamento da importância do médico “informar o doente”, ou não, sobre a sua doença oncológica.

Se a doença oncológica se converte numa doença crónica, em que a pessoa vive com ela muitos anos ou o resto da sua vida que podem ser muitos anos, então há que concentrar esforços para a ajudar a adaptar-se à sua doença, à sua “nova situação”; as técnicas de intervenção visam diminuir os efeitos secundários da quimioterapia, assegurar a aderência ao tratamento e facilitar a adaptação da pessoa à doença. (Durá & Ibañez, 2000) Em 1970, a Associação Americana de Psicologia criou a seguinte divisão: Psicologia da Saúde; a Medicina Psicossomática, a Psicologia Comportamental e a Psicologia da Saúde abriram o caminho para a Psico-oncologia; esta é uma sub-

especialidade que liga a Oncologia e Psiquiatria, focando-se na relação entre doença oncológica e doença mental. (Chahl & Bond, 2009)

Seguindo o resumo de Durá & Ibañez (2000): em 1977, o congresso americano aprova a lei do direito à informação que obriga os médicos a informarem as pessoas sobre o seu diagnóstico médico. Evidencia-se a complexidade deste tema: nem todas as pessoas desejam ser informadas, o impacto de saber o diagnóstico tem consequências positivas e negativas nas diferentes pessoas, então quem devem informar, como e quando. Na década de 70 presta-se atenção aos aspectos biológicos do doença oncológica, nos anos 80 começa-se a dar atenção aos aspectos sociais e psicológicos, com os temas clássicos da psico-oncologia como personalidade, stress, informação, tratamento, mas sob um novo conceito – qualidade de vida, justificando-se, com ele, uma série de intervenções. A abordagem social da doença tem como objectivo dar um apoio social à pessoa com doença oncológica e sua família e promover a sua adaptação à doença. Na década de 90 passa a existir uma maior focalização no percurso desta problemática e uma maior preocupação em aperfeiçoar a intervenção nesta área, acentuando a investigação em três grandes temáticas: personalidade e doença oncológica, intervenções psicossociais dirigidas a pessoas com doença oncológica e factores psicológicos implicados na prevenção da doença oncológica.

Segundo Kovacs, Franco & Carvalho (2008), é nas décadas de 80 e 90 que se inicia o crescente interesse pela avaliação da qualidade de vida por parte dos profissionais de saúde. O carácter multidimensional da qualidade de vida pressupõe um acesso equitativo a todas as vertentes dos cuidados de saúde, inclusive a um apoio psicossocial, necessário para obter e manter os resultados obtidos com a clínica. Torna-se necessário à pessoa com doença oncológica e à sua família desenvolverem recursos psicossociais para se adaptarem, aprenderem estratégias de coping para lidar com o stress gerado pela doença.

Partindo da premissa que a percepção de controlo diminui a ansiedade, stress e melhora a qualidade de vida, destacando-se a necessidade de uma readaptação ao estado de doença, este trabalho apresenta a intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, desenvolvida conceptualmente à luz da Teoria do Empowerment e do Processo de Recovery. De acordo com estes modelos, a intervenção do enfermeiro deve centrar-se na manutenção da saúde mental da pessoa com doença oncológica, na prevenção da doença mental e o restabelecimento da saúde mental aquando ocorre o desequilíbrio.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental (anexo 1) usando como área de intervenção a oncologia, o estágio desenvolveu-se em instituições de saúde mental e de oncologia. A instituição de saúde mental seleccionada foi a AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial, em Lisboa. O estágio na área de oncologia ocorreu em duas instituições, na Unidade de Hematologia (Internamento) do Hospital de Santo António dos Capuchos (HSAC), Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), em Lisboa, e na Unidade de Psico-oncologia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Basurto, em Bilbao, Espanha. Por questões organizacionais, o percurso pensado inicialmente no Projecto foi alterado. É apresentado em anexo 2 o percurso, ocorrência no tempo e a carga horária de cada campo de estágio.

Fundamentação do percurso do estágio à luz do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista definidas no projecto

Quando se passa da teoria à prática, temos de ter em conta que a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real. (Heidegger, 1962; Gadamer, 1970 cit. por Benner, 2001) Por outro lado, as teorias guiam a prática permitindo colocar as perguntas certas, sendo as respostas a estas perguntas que constroem uma teoria. (Benner, 2001) A Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objectivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos. (OE, 2001)

Como referido anteriormente, na perspectiva sistémica de Neuman (2011), o estado de doença consiste na instabilidade das sub-partes do sistema, afectando todo o seu funcionamento. A enfermagem é a única profissão que se relaciona com todas as variáveis que afectam a pessoa no seu ambiente, pelo que é necessária a sua reorientação para o domínio funcional e uma definição clara dos seus sub-sistemas, onde a educação e a prática tomam parte. A intervenção preventiva é a forma como a Enfermagem actua e é também a forma como se posiciona, em conjunto com a pessoa, no sistema de prestação de cuidados de saúde.

Como já referido, o percurso da doença oncológica provoca um grande impacto na pessoa, que recebe o diagnóstico e na sua família, sendo as comorbilidades mais frequentes a depressão maior, o stress pós-traumático, as perturbações psicossomáticas, as perturbações do humor, o alcoolismo e consumo de outras substâncias, a angústia de morte provocada pelo estigma e o coping desajustado. (Arranz, Barbero, Barreto, & Bayés, 2003; Bambauer et al., 2006; Mishra et al., 2006; Fulcher & Gosselin-Acomb, 2007; Bringmann et al., 2008; Sukegawa et al., 2008; Fanger et al., 2010; Bush, 2010) O treino do coping, a reestruturação cognitiva para mudar as crenças, as intervenções específicas na crise, a prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental são intervenções necessárias às pessoas com doença oncológica, de modo a promover e tornar efectivo o seu processo de adaptação à doença. (Durá & Ibañez, 2000; Chalifour, 2002; Strong, 2004; Penedo et al., 2006; Schwabish & Zevon, 2007; Marques, Queiroz & Rocha, 2007)

O percurso deste estágio começa por querer conhecer o trabalho que tem estado a ser feito com a pessoa com doença oncológica, depois pretende procurar respostas na área da saúde mental para aplicá-las na intervenção com a pessoa com doença oncológica, nos vários momentos do percurso da doença, como seja o pós-diagnóstico, o tratamento, a possível recaída, o estado terminal. Este trabalho procura promover o bem-estar, esperança e um plano individual de recovery na pessoa com doença oncológica, tendo como um enquadramento conceptual, na sua intervenção, o Processo de Recovery e a Teoria de Empowerment.

Pretendendo conhecer as preocupações e intervenções mais actuais na Psico-oncologia, foi feita uma revisão da literatura nas bases de dados electrónicas e desenvolvida a participação como formanda em reuniões científicas sobre a temática que passo a especificar mais pormenorizadamente: Curso Intensivo de Psico-oncologia: Parte 1 – “screening instruments in distress, anxiety and depression. Science of screening”; Parte 2 – “screening instruments in distress, anxiety and depression. Implementation of screening”, por Alex Mitchell, a 20 e 21 de Outubro e no IX Congresso Português de Psico-Oncologia, Porto, 22 e 23 de Outubro. Estas reuniões científicas permitiram reforçar o conhecimento, obtido com a revisão de literatura, sobre as comorbilidades mais frequentemente associadas à doença oncológica. Permitiram ainda conhecer instrumentos que melhor avaliam os distúrbios psicopatológicos que ocorrem com maior frequência, como o stress, raiva, angústia e depressão, para uma melhor adequação da intervenção.

Pretendendo este trabalho basear-se conceptualmente na Teoria do Empowerment e Processo de Recovery, duas abordagens teóricas da saúde mental, a AEIPS foi a instituição escolhida, na área da saúde mental, por sustentar a sua intervenção nestas abordagens conceptuais.

Este percurso permitiu, no âmbito da saúde mental, adquirir conhecimento teórico e prático sobre o processo de promoção do empowerment na pessoa e de construção de um plano individual de recovery. Foram objectivos deste estágio:

- Observar o *modus operandus* da equipa sob a concepção teórica da Teoria do Empowerment e do Processo de Recovery
- Conhecer instrumentos que facilitem a construção de um plano individual de recovery
- Desenvolver intervenções, com acompanhamento da equipa, junto dos clientes que promovam o seu empowerment e facilitem a construção de um plano individual de recovery
- Desenvolver competências comunicacionais que promovam o empowerment da pessoa

Permitiu ainda o desenvolvimento das seguintes competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria descritas pela OE:

- Ajudar a pessoa, ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto
- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitária, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

É apresentado em anexo 1 as respectivas Unidades de Competências correspondentes a cada competência a ser desenvolvida neste estágio, descritas pela OE.

Pretendeu-se transpor esta abordagem teórica e sua aplicabilidade para a área de oncologia. O recovery é um percurso que, a partir de experiências de doença traumatizantes, permite o crescimento para ficar esplêndido e retomar os seus papéis. (Deegan, 1996; Ornelas, 2008) O empowerment da pessoa permite este processo, a partir do aumento da percepção de auto-controlo. (Ornelas, 2008) O empowerment da

pessoa aumenta o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. (Rappaport, 1984 cit. por Perkins & Zimmerman, 1995)

O primeiro tempo na Unidade de Hematologia do HSAC – CHLC, Lisboa, permitiu conhecer a realidade organizacional, a organização do trabalho da equipa, planear formas de intervenção para promover a saúde mental, bem como prevenir distúrbios psicopatológicos nas pessoas com doença oncológica, perceber a dinâmica da equipa, conhecer a sua linguagem e a sua forma de interacção com a pessoa com doença oncológica. Facilitou, assim, uma integração e rentabilização do segundo tempo neste mesmo local, possibilitando um maior ajustamento da planificação e preparação das intervenções.

Tendo em conta a referência na literatura e as reuniões científicas que assisti, a importância do desenvolvimento de competências comunicacionais para intervir nesta área é grande. Para dar resposta ao desenvolvimento destas competências, foi escolhida uma Unidade de Psico-oncologia, uma vez que o seu trabalho assenta essencialmente na intervenção comunicacional. Persistiu a necessidade de conhecer outras realidades, diferente da Portuguesa, ao nível da intervenção, nomeadamente o trabalho de profissionais de saúde mental na área da Psico-oncologia. Assim, para maior enriquecimento do desenvolvimento de competências, foi seleccionada a Unidade de Psico-oncologia do Hospital de Basurto, em Bilbao. A escolha desta unidade deveu-se ao facto de se integrar no Serviço de Psiquiatria do hospital e, assim, ser maior a probabilidade de interligação entre a Oncologia e a Saúde Mental, correspondendo ao percurso conceptual planeado para este estágio.

A Unidade de Hematologia do HSAC – CHLC e a Unidade de Psico-oncologia do Hospital de Basurto permitiram o desenvolvimento das seguintes competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria descritas pela OE:

- Assistir a pessoa, ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental
- Ajudar a pessoa, ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto
- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Além das competências descritas, a Unidade de Psico-oncologia do Hospital de Basurto permitiu ainda o desenvolvimento de competências comunicacionais para intervir na promoção e manutenção do equilíbrio e bem-estar das pessoas com doença oncológica.

Tendo como base o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, este trabalho teve como finalidade:

Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria para intervir ao nível da promoção e manutenção da saúde mental de pessoas com doença oncológica, tendo como abordagem teórica a Teoria do Empowerment e o Processo Individual de Recovery.

Para atingir esta finalidade, foram estabelecidos os objectivos específicos a serem desenvolvidos nos diferentes campos de estágio:

- Executar a avaliação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria das necessidades da pessoa, tendo como base a sua história de saúde, usando técnicas de entrevista
- Aperfeiçoar técnicas de entrevista com pessoas com doença oncológica e com pessoas com experiência de doença mental
- Desenvolver competências, e uma comunicação com uma conotação positiva, que permitam a promoção do empowerment da pessoa com doença oncológica no controlo de factores causadores de stress, originados pelo percurso da doença oncológica
- Desenvolver competências pessoais e profissionais para intervir na prevenção e em situação de crise mental/emocional, tendo em vista o aumento da qualidade de vida da pessoa com doença oncológica e da pessoa com experiência de doença mental com desequilíbrio emocional
- Desenvolver competências para prevenir situação de desequilíbrio emocional, de stress, causado pela doença oncológica em fase de pós diagnóstico, de tratamento, de recaída e em estado terminal
- Desenvolver competências que permitam actuar como facilitador de um grupo de psico-ajuda

- Desenvolver competências que permitam actuar como facilitador na construção de um Plano Individual de Recovery

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Enquadramento teórico do estágio

Segundo a OE, o exercício profissional do enfermeiro centra-se na relação com o indivíduo/família/grupo, respeitando as suas capacidades e papéis. O foco dos cuidados de enfermagem é a promoção da saúde, promovendo os processos de readaptação e a máxima independência, bem como ajudar a gerir os recursos aumentando o reportório pessoal e familiar, promovendo a adopção de estilos de vida saudáveis. (OE, 2001) No entanto, a especialização aumenta os recursos e permite respostas complexas e específicas às necessidades dos utilizadores dos serviços: “O aumento exponencial de enfermeiros especialistas no exercício da clínica impulsiona, em simultâneo, o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, ao munir o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de grande complexidade.” (OE, 2009, p. 3)

A relação de ajuda estabelece-se em condições muito variadas e complexas, exige ao profissional conhecimentos gerais, habilidades e conhecimentos profissionais para responder a necessidades específicas das pessoas, bem como um bom auto-conhecimento; estes últimos têm uma importância crucial na intervenção psicoterapêutica. (Chalifour, 2002)

Sendo a doença oncológica geradora de um elevado nível de stress e desequilíbrios aos níveis emocional, psicológico, familiar, social, laboral, espiritual e do desenvolvimento, pondo em risco a saúde mental do indivíduo e família, a intervenção do enfermeiro especialista será capaz de oferecer respostas mais complexas e mais adequadas. Este detém um conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos

processos de vida e problemas de saúde maximizando o benefício para o cidadão no que respeita às suas necessidades em cuidados de saúde. (OE, 2009)

O percurso da doença oncológica é tido como uma experiência causadora de um elevado nível de stress e uma experiência traumática. (Penedo et al., 2006) Seguindo a perspectiva de Cohen & Carlson (2005), o diagnóstico de doença oncológica ainda está muito associado à morte. O stress que causa é muito perturbador, tanto ao nível cognitivo, comportamental, emocional, social e espiritual, interferindo com a adaptação do indivíduo à doença. Assim, a adaptação a este conjunto de stressores passa pelo treino de estratégias de coping, da pessoa e sua família, para lidar com o medo, raiva e ansiedade que causa.

Como demonstram Peralta et al. (2010), o impacto físico, psicológico, emocional e social deste diagnóstico gera uma grande vulnerabilidade e sofrimento no indivíduo e no seu meio envolvente. Este impacto influencia o ânimo e dificulta a evolução da situação para um bem-estar, surgindo alterações psicológicas como distorções cognitivas em relação à doença, a si e aos outros, maximização de pensamentos negativos, minimização de pensamentos positivos, sentimento de culpa, depressão, apatia, aborrecimento, diminuição do auto-cuidado, da percepção de auto-controlo, ansiedade.

Sendo o Homem um sistema aberto, nas suas variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, com uma organização complexa, em equilíbrio dinâmico com o meio, o stress e a reacção ao stress são componentes básicas do sistema. (Neuman, 2011) Ainda segundo Neuman (2011), os stressores são factores ambientais, cuja natureza pode ser intra, inter ou extrapessoal. São stressores intrapessoais quando ocorrem no indivíduo (angústia, dor e o indivíduo sentir que não consegue lidar com essas emoções), interpessoais quando ocorrem entre indivíduos (a comunicação do diagnóstico, o indivíduo sentir falta de apoio por parte da família, haver conflitos familiares) e extrapessoais quando ocorrem fora do indivíduo (o ambiente hospitalar em caso de necessidade de hospitalização, o estigma da doença, a perspectiva de morte a que está associada, o contexto da doença e dos procedimentos necessários ao seu controlo).

O Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman, 2011) descreve três níveis de defesa da pessoa, cuja activação ocorre quando os stressores do ambiente ameaçam o seu bem-estar: (1) linha flexível de defesa, descrita como um pára-choques que impede que os stressores atravessem o estado normal de bem-estar (p. ex. insónia); (2) linha de

defesa normal que representa a estabilidade do indivíduo, traduz-se nas suas estratégias de coping, estilos de vida e nível de desenvolvimento; (3) linhas de resistência, que são os factores de recurso, para lidar com os stressores (p. ex. o sistema imunitário).

Como já apresentado na perspectiva de Neuman (2011), o percurso da doença oncológica, como foco de enfermagem, é um fenómeno sujeito a stressores, dependendo do ambiente e das variáveis do indivíduo. Quando a resposta por parte da pessoa é desadequada, observando-se um coping disruptivo, verificando-se sintomas reactivos ao stress ou alteração da sua reconstituição, a pessoa encontra-se em situação de necessidade de ajuda profissional para lidar com o stress.

Para além deste impacto da doença, que torna a pessoa vulnerável e provoca um coping disruptivo, há também um risco de ocorrência de doença psiquiátrica. A incidência de distúrbios psiquiátricos nas pessoas com doença oncológica referida por Bambauer et al. (2006) é de 16,1%. Arranz, Barbero, Barreto, & Bayés, (2003) referem que essa prevalência varia entre os 18 e os 50%. Mishra et al. (2006) referem que essa prevalência é de 63%, todas as pessoas com doença oncológica apresentam elevados níveis de ansiedade, 63% apresenta depressão major e 37% depressão minor. Bringmann et al. (2008) referem que essa prevalência é de 44,5%; 28% das pessoas com doença oncológica apresentam problemas de coping, 8% abusam de álcool e 2% apresentam algum tipo de fobias. Num estudo com mulheres com doença oncológica do ovário, Sukegawa et al. (2008) descrevem que 77% reportam níveis moderados a severos de ansiedade, 20% apresentam depressão e 33,3% apresentam problemas de coping, sobretudo devido à ocorrência de alopecia. Na revisão bibliográfica do seu estudo em 2010, Fanger et al. referem uma meta-análise publicada em 1997 mostrando que entre 5 a 50% das pessoas com doença oncológica têm distúrbios psiquiátricos, em função dos estádios e tipos de tumores, alertando para uma incidência superior de depressão nas pessoas com doença oncológica comparativamente à população em geral.

A falta de apoio social percebido pela pessoa com doença oncológica após o tratamento, um baixo nível de satisfação na realização das actividades de vida diária, a presença de metástases, complicações do tratamento e um mau funcionamento físico são outros factores que aumentam o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos. (Bringmann et al., 2008)

Para além disso, o risco de suicídio nas pessoas com doença oncológica é maior em 1,3 a 2,3 vezes em relação à população em geral, com maior prevalência nos homens, sendo factor predictor a presença de depressão major, diminuição da função

física, fadiga, dor, exaustão, desesperança, sensação de desamparo e deficiente apoio social. (Fanger et al., 2010) Em 1998, Crocetti et al. já referiam maior risco de suicídio nos primeiros seis meses após o diagnóstico de doença oncológica, diminuindo posteriormente nas mulheres, mas mantendo-se nos homens.

Bradley, Davis & Chow (2005) apresentam os sintomas somáticos mais referidos pelas pessoas com doença oncológica, como dor, fadiga, letargia, afectando bastante a percepção de bem-estar, aumentando o stress, ansiedade, depressão. Concluem que a dor é o sintoma que mais afecta a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica. Verificam também que as pessoas com doença oncológica que ficam internadas num hospital apresentam maiores níveis de stress, ansiedade e depressão quando comparadas com as que se encontram em ambulatório. Recomendam uma intervenção multidisciplinar para o controlo de sintomas e um follow-up para promoção da qualidade de vida. Este suporte pode ser feito por vários profissionais como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, sacerdotes, assistentes sociais. (Breitbart & Alici, 2009)

A intervenção dos clínicos na pessoa com doença oncológica dá prioridade às necessidades físicas e de tratamento da doença, a depressão major, a comorbilidade mais associada não recebe o devido tratamento por se apresentar com pouca visibilidade, passar despercebida ou, se identificada, recebe um tratamento inadequado. (Strong, 2004; Fanger et al., 2010) Esta comorbilidade diminui grandemente o nível da qualidade de vida. (Durá & Ibañez, 2000; Lovejoy, 2000; Stark et al., 2002; Cohen & Carlson, 2005; Cícero et al., 2009)

Segundo Lovejoy (2000), quando se instala um humor deprimido, os circuitos compensatórios de neurotransmissores são activados para compensar a tristeza, pensamentos negativos e ruminatórios, distorção negativa da realidade. A pessoa expressa preocupação excessiva com os aspectos negativos dos outros, exagera a sua situação negativa, existindo a diminuição da capacidade de avaliar de forma realista a realidade, provocando alienação social e a não-aceitação do apoio social ou de outros profissionais. Ao nível comportamental surge impulsividade, agressividade, distúrbios alimentares, do sono, medo, comportamento de abandono, suicídio. Surgem alterações electrolíticas, hipoxia, atrofia do SNC, dor crónica, stress, alterações gástricas como outras comorbilidades associadas à depressão. A dificuldade do diagnóstico da depressão deve-se aos sintomas físicos que podem ser confundidos com os sintomas da doença oncológica, como já foi referido, a tristeza não patológica que é habitual

acontecer no momento do diagnóstico ou de recaídas. Se esta tristeza persistir por mais de 2 semanas associada a agressividade, recusa de ajuda, desesperança, baixa auto-estima, sentimento de culpa ou desistência deve ponderar-se o diagnóstico de depressão. É necessário intervir para reverter o funcionamento anormal dos circuitos neuronais.

Skaali et al. (2009) referem que grande parte das pessoas que tiveram doença oncológica tem medo de recair; este fenómeno pode ocorrer mesmo depois de controlados os distúrbios psicológicos e emocionais que se desenvolvem com o choque do diagnóstico de doença oncológica, mesmo após um tratamento com sucesso. O medo de recaída é um fenómeno com grande ocorrência nos sobreviventes oncológicos. Este fenómeno está correlacionado positivamente com a ocorrência de problemas somáticos e mentais, como ansiedade, depressão, stress pós-traumático, fadiga e perturbações neuróticas. Também está correlacionado negativamente com a qualidade de vida, auto-estima e capacidade de coping. O medo de recorrência não se correlaciona nem com o tipo de tratamento, nem com a histologia nem se altera substancialmente ao longo do tempo. Factores como um baixo nível de educação, não trabalhar, problemas económicos aparecem associados ao medo de recaída. A presença de um ou mais sintomas somáticos correlaciona-se positivamente com o medo de recaída.

Fulcher & Gosselin-Acomb (2007) referem que 29.6% a 43.4% das pessoas com doença oncológica experienciam stress e menos de 5% recebe intervenção. O stress tem impacto nos sintomas e na tolerância ao tratamento, é uma experiência desagradável, de natureza emocional, psicológica, social e espiritual que diminui a capacidade de coping. Assim sendo, o primeiro passo da intervenção consiste na sua avaliação e posteriormente na selecção das respostas adequadas para a sua redução. (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2007 cit. por Fulcher & Gosselin-Acomb, 2007)

Segundo a International Society for Traumatic Stress Studies, as comorbilidades mais frequentemente associadas ao stress pós-traumático são a depressão major, alcoolismo e consumo de substâncias. A combinação de vários stressores durante a trajectória da doença oncológica – diagnóstico, tratamento, risco de recidiva, estágio terminal – aumenta o risco do stress pós-traumático. (Bush, 2010)

Reportando a uma situação específica desta problemática, o diagnóstico de cancro da mama evoca choque, medo e descrença nas mulheres que o recebem e algumas destas mulheres desenvolvem stress pós-traumático. (Sadier-Gerhardt et al., 2010)

Também as pessoas com doença oncológica que experienciam dor têm maior risco de stress pós-traumático; os seus efeitos podem ser minimizados através do empowerment da pessoa, promoção do optimismo, uso de estratégias de coping que promovam o aumento da auto-estima. (Schwabish & Zevon, 2007)

Segundo Strong et al. (2004), todas as pessoas com doença oncológica e que sofram de depressão (diagnóstico médico) deveriam ter acesso a um profissional de saúde mental. O diagnóstico de depressão e a avaliação do risco de suicídio é realizado pelo médico, sendo a intervenção para ajudar a pessoa com doença oncológica a reconhecê-la como um problema que pode ser tratado, e ajudá-la a gerir a situação, da responsabilidade do enfermeiro. Assim, refere como essencial, para esta intervenção, a especialização da enfermagem em saúde mental e psiquiatria para obtenção de uma resposta eficaz. Tendo em conta a prevalência de depressão em pessoas com doença oncológica, deve ponderar-se uma intervenção preventiva com o objectivo de maximizar a adaptação do indivíduo ao diagnóstico e tratamento da doença oncológica, aumentar o seu bem-estar através do empowerment e do aumento da sua percepção de controlo, diminuir o impacto negativo da doença, resolver complicações psicopatológicas, promover estratégias de coping tendo em vista o aumento da qualidade de vida. Pois como referido por Peralta et al. (2010), aspectos como o sentimento de mal-estar, o défice de apoio social, problemas de adaptação, a escassa compreensão da informação dada diminuem a qualidade de vida.

Na perspectiva do modelo biomédico, no âmbito da saúde física, a intervenção dos profissionais de saúde perante a doença consiste no tratamento para que a pessoa recupere e retome os seus papéis, as suas actividades, as suas relações sociais. Nesta perspectiva, pressupõe-se que a pessoa consiga reabilitar-se, recuperar-se. É importante ter em conta que o conceito de recuperação corresponde à remissão de sintomas e ao regresso ao estado anterior à doença. Mas nem sempre a pessoa recupera no sentido da remissão total dos sintomas e no sentido de retomar a sua vida ao estado anterior à doença. Por vezes atinge um estado diferente do anterior à doença e verifica-se a irreversibilidade de voltar a esse estado anterior. E então, qual o lugar do conceito qualidade de vida? Em que consiste um estado de bem-estar? Como obter novamente satisfação e retomar os papéis anteriores?

Os estudos de Penedo et al. (2006) mostram que há pessoas com doença oncológica que descrevem a doença como um desafio que as faz olharem-se a si próprias, ao mundo e aos outros de forma diferente, descrevendo a doença como um

contributo positivo de aprendizagem; descrevem a experiência da doença como um contributo para o seu crescimento pessoal, valorização das relações interpessoais, permitindo atribuir à vida um significado diferente. Esta aprendizagem permite um ajuste psicológico à situação de doença. Este processo de reestruturação ocorre devido a existir níveis de stress e de depressão baixos e controlados. Assim, o objectivo é integrar os aspectos negativos nesta aprendizagem/experiência positiva, o que implica uma abordagem pessoal e interpessoal, com apoio social e acreditar nos benefícios que podem advir dessa experiência.

No final dos anos 80 surge o conceito *recovery* na área da saúde mental, introduzido por pessoas com experiência de doença mental. Este conceito, em vez de se focar nos sintomas, centra-se no bem-estar global, na autodeterminação, na participação social, no exercício de cidadania; inclui uma dimensão social e política. (Ornelas, 2008) O *recovery* não é um resultado, é um processo dinâmico, evolutivo, não linear. (Ornelas, 2008) É como uma viagem com percursos diversificados, altos e baixos, que resulta das experiências, traumáticas ou stressantes, vividas durante um tratamento da doença. (Jacobson & Curtis, 2000) A perspectiva inovadora deste conceito (por esta razão não é traduzido para o termo português *recuperação*, tradução linear do termo correspondente do inglês) é que não pressupõe a remissão dos sintomas (Deegan, 1988), não pressupõe voltar a um estado anterior à doença, o objectivo do *recovery* é ficar único, ficar esplêndido (Deegan, 1996), redefinindo os seus papéis, encontrando um novo sentido de si próprio. (Deegan, 1988) Patrícia Deegan (1988) define *Recovery* como “um processo, um modo de vida, uma atitude e uma forma de abordar os desafios diários (...) de estabelecer um sentimento novo e valorizado de integridade e propósito, para além dos limites da doença; a aspiração é viver, trabalhar e amar na comunidade para a qual contribuímos significativamente.” (p. 11).

Na perspectiva de Deegan (1996), o importante é encontrar um novo conceito de si que lhe traga um nível de satisfação e bem-estar, contribuindo para uma qualidade de vida numa perspectiva individual. O conceito de bem-estar e qualidade de vida difere de pessoa para pessoa; o nível de bem-estar que cada um atinge é diferente, o denominador comum é sentir-se satisfeito com o nível que atinge. Cada pessoa tem o seu próprio processo de *recovery*, atingindo patamares diferentes, obtendo a mesma satisfação e bem-estar, o que lhe confere qualidade de vida.

O *recovery* é a manifestação do empowerment. (Jacobson & Curtis, 2000) Segundo Ornelas (2008), o empowerment da pessoa é um catalizador importante para o

desenvolvimento do processo individual de recovery. Este é um processo contínuo de crescimento e fortalecimento, que não se adquire de imediato, que promove a participação das pessoas e que se desenvolve a partir da cooperação com outros, através do qual aumentam o controlo sobre as suas vidas e têm maior influência sobre as decisões que lhes dizem respeito. Para a compreensão do seu significado é essencial a participação do indivíduo no seu próprio processo de empowerment, operacionalizado na relação participada entre indivíduos, nas organizações e comunidade. O empowerment do indivíduo resulta da sua participação, da valorização da mesma e da informação dada sobre os assuntos a que é chamado a pronunciar-se sobre. Implica uma dinâmica de interdependência e fortalecimento mútuo.

O empowerment é um conceito que liga as forças e competências do indivíduo, os suportes naturais de apoio, bem como os comportamentos proactivos para políticas sociais e mudanças sociais, interligando o bem-estar individual a um ambiente político e social, permitindo aumentar a qualidade de vida dos indivíduos. (Rappaport, 1984 cit. por Perkins & Zimmerman, 1995) Pressupõe como componentes básicas do processo de empowerment do indivíduo a sua participação para atingir objectivos, os seus esforços para aceder a recursos e a sua compreensão crítica do ambiente sócio-político. (Perkins & Zimmerman, 1995)

Segundo Perkins & Zimmerman (1995), o empowerment compele a pensar em termos de bem-estar em vez de doença, competências em vez de deficiências, forças em vez de fraquezas, foca-se nos problemas sociais em vez das vítimas, nas capacidades em vez dos riscos. Segundo descreve Ornelas (2008), a teoria do empowerment confere poder ao indivíduo através dos processos e dos resultados. Através dos processos pelo aumento da sua participação nas organizações, pela participação nas tomadas de decisão. Através dos resultados pelo aumento da sua percepção de controlo, mobilizando competências, acedendo a recursos sociais, coalizões com organizações. A promoção do empowerment no indivíduo confere-lhe aumento da confiança, desenvolvimento da consciência crítica sobre o ambiente social e político, aumento das competências de participação, adopção de atitudes proactivas em relação a situações ou contextos específicos, maior influência nas decisões que afectam as suas vidas.

As intervenções centradas no empowerment dirigem-se à promoção do bem-estar, atenuando os problemas, procurando oportunidades para o desenvolvimento de conhecimentos, competências e aumentando a colaboração dos participantes no seu próprio processo. É um processo onde as pessoas adquirem controlo sobre o que diz

respeito às suas vidas e adquirem compreensão crítica sobre o ambiente que as rodeia. (Rappaport, 1984, cit. por Perkins & Zimmerman, 1995)

Segundo Ahern & Fisher (1999), o empowerment é um processo que fortalece as pessoas através do aumento do seu controlo sobre a sua vida e de poder decidir sobre as coisas que a afectam. O empowerment é o impulso para o processo de recovery, que acontece num período limitado, seguindo-se uma fase de cicatrização emocional que pode ocupar uma vida inteira. O recovery ocorre através desse processo de fortalecimento.

Segundo Ornelas (2008), Duarte (2009), para que o processo funcione, é necessário que os serviços de saúde se orientem para o processo de recovery e que funcionem sob uma filosofia que promova o empowerment dos seus utilizadores. Além disso, os mesmos autores defendem que ao nível dos recursos humanos é necessário: (1) formação específica na área da prevenção e da promoção da saúde mental; (2) formação sobre a teoria do empowerment, em termos de processo e de resultados; (3) formação incidindo sobre o planeamento, implementação e avaliação de programas de base comunitária.

As prioridades dos serviços orientados para o recovery, segundo Duarte (2009), deve ser a divulgação e debate sobre o recovery, bem como uma prática que promova o processo de recovery. A autora apresenta as características que estes serviços devem ter: (1) promoção do empowerment e influência dos clientes na direcção dos serviços; (2) adopção de uma linguagem de esperança, diversidade de opções de apoios; (3) promoção da informação; (4) combate à discriminação e do estigma; (5) promoção da integração na comunidade; (6) envolvimento dos familiares ou outras pessoas significativas.

Duarte (2009) refere ainda que os serviços orientados para o processo de recovery devem ter como referencial os direitos humanos, uma abordagem ecológica e positiva na sua intervenção, promover a esperança (aumento da auto-estima), o empowerment, focalizando-se na participação e integração dos utilizadores dos seus serviços. Quem usa os serviços deve ter a oportunidade de fazer escolhas, de escolher os profissionais que os apoiam, de ter acesso aos seus registos, à informação que lhes diz respeito. São serviços que acreditam que as pessoas vão recuperar independentemente do seu processo, que valorizam as suas capacidades, potencialidades, interesses, sonhos, cultura, conhecimentos e experiência. A cultura organizacional caracteriza-se pela esperança, respeito mútuo, empowerment, diversidade e colaboração.

Nos serviços orientados para o recovery, ainda na perspectiva de Duarte (2009), o empowerment traduz-se na criação de oportunidades para os consumidores participarem nas decisões inerentes ao funcionamento dos serviços, processos de avaliação, pretendendo a melhoria contínua das organizações. Esta operacionalização traduz-se: (1) no fornecimento de informação sobre os serviços; (2) na formação de grupos de debate; (3) na aplicação de questionários de avaliação; (4) em pedidos de sugestões; (5) na participação de representantes nas reuniões de equipa; (6) na formação de pares; (7) na facilitação do apoio mútuo e inter-pares e formação de mentores. Refere ainda que além das características dos serviços, é muito importante a mudança da concepção por parte dos profissionais de saúde da sua prestação de cuidados, a redefinição do seu papel na relação de ajuda enquanto profissional de saúde. O processo de recuperação do equilíbrio, o plano individual de recovery de cada pessoa deve ser decidido pelo próprio, com o apoio do profissional cujo papel é o de facilitador para ajudar a pessoa a encontrar as soluções que melhor se adequam, que prefere ou que valoriza. O poder de decisão está do lado do utilizador dos serviços. O papel do profissional de saúde deve ser o de promover/facilitar o contacto com os recursos naturais. Os utilizadores dos serviços devem sentir que as suas sugestões são valorizadas à medida que se procedem a mudanças organizacionais.

Papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria

Na perspectiva de Ahern & Fisher (1999), as pessoas nascem equilibradas e mantêm esse equilíbrio dinâmico através das relações familiares e sociais. Tal como o sofrimento é universal, também a cura do sofrimento é universal. A cura do sofrimento pode ser obtida de várias formas, em grupo ou individualmente, no entanto pressupõe sempre encontrar significado e sentido para o problema e recuperar o equilíbrio e a integridade. Para algumas pessoas, a perda e o trauma culminam numa angústia severa; a sua recuperação depende do apoio psicossocial, recursos, destreza para encontrar soluções, manutenção dos papéis sociais, manutenção do controlo sobre a própria vida.

Perante a concepção de uma ameaça importante à integridade física (dor, doença incurável, com prognóstico reservado) ou à integridade psicológica (solidão, discriminação, perda, culpa, falta de sentido de vida, desesperança), a percepção de falta

de controlo sobre os acontecimentos e de não ter recursos adequados para lidar com a situação, associado a um estado de humor desadequado (depressão, ansiedade, angústia), leva à crise e desequilíbrio. (Arranz, Barbero, Barreto, & Bayés, 2003)

Segundo Arranz, Barbero, Barreto, & Bayés (2003), uma doença incurável, onde há o medo de morrer e o medo de sofrer, corresponde a uma situação de trauma, sendo percebido como uma ameaça que causa grande stress, grande ansiedade e angústia, podendo conduzir a um estado psicopatológico. Torna-se importante que a intervenção terapêutica incida sobre o controlo de sintomas, o alívio do sofrimento, a satisfação das necessidades psicológicas, emocionais, sociais, físicas com o objectivo de facilitar o processo de adaptação à situação de doença incurável e conseguir a máxima qualidade de vida, o máximo bem-estar. Se o humor da pessoa doente tem características ansiosas, depressivas ou hostis, torna-se necessário intervir para o compensar e evitar que chegue a um estado psicopatológico.

Li, Hales & Rodin (2010) apresentam um conjunto de stressores da doença oncológica. Como stressores biológicos: sensação de peso da doença, morbilidade do tratamento, alterações neurobiológicas, dor e sintomas físicos. Como stressores psicológicos: diagnóstico, estado de reversão, estado paliativo, incapacidade, alterações nos papéis, alteração da aparência e da identidade, mudança na trajectória da vida, sentimento de incerteza. Apontam como factores individuais e interpessoais que influenciam as estratégias de adaptação à doença oncológica: factores sociodemográficos, estágio de vida, experiência anterior, história de vida, personalidade, estratégias de coping desenvolvidas, estilo de vinculação, apoios sociais, apoio espiritual.

Como já referenciado, Neuman (2011) conceptualiza a enfermagem como “uma profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao stress”. O principal objectivo da intervenção de enfermagem é facilitar o bem-estar da pessoa através da promoção da estabilidade do seu sistema. O seu modelo descreve a intervenção de enfermagem segundo os três níveis de prevenção: (1) A prevenção primária ocorre quando ainda não se deu uma resposta do indivíduo ao stressor, mas o risco é conhecido; a intervenção pretende reforçar as linhas flexíveis de defesa, reduzindo o contacto entre o indivíduo e o stressor de forma a fortalecê-lo. (2) A prevenção secundária ocorre quando já há respostas aos stressores; a intervenção vai no sentido de tratar os sintomas e ajudá-lo a responder eficazmente para restabelecer o equilíbrio. (3) A prevenção terciária centra-se no reajustamento para manter o bem-estar

da pessoa após o tratamento, procurando fortalecer as suas resistências aos stressores para prevenir o desequilíbrio inicial, muni-la com melhores estratégias para enfrentar no futuro os stressores; a intervenção procura uma readaptação e manutenção do equilíbrio readquirido.

A linha contínua entre o bem-estar e o estado de doença, no Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman, 2011), conceptualiza um fluxo de energia entre a pessoa e o seu ambiente. Quando é necessária maior quantidade de energia do que aquela produzida pelo sistema para restabelecer o equilíbrio, e consequentemente o seu bem-estar, a pessoa entra num estado de doença, que pode conduzi-la à morte.

Assim, a intervenção do profissional de saúde ocorre em dois tipos de situações: (1) numa situação de crise, onde os factores desencadeantes da crise estão já presentes; a intervenção pretende facilitar os recursos da pessoa para fazer frente à ameaça e promover o processo de adaptação; (2) numa situação pré-crise, em que se antecipa o desenvolvimento da crise, a intervenção tem como objectivo potenciar os recursos da pessoa para melhor dotá-la a enfrentar a crise que se prevê que ocorra num futuro próximo. (Arranz, Barbero, Barreto, & Bayés, 2003; Peralta et al., 2010) Quando está instalada a crise, a primeira linha de intervenção consiste na diminuição do nível de stress, melhorar as estratégias de coping, fortalecer as redes de suporte. (Li, Hales, & Rodin, 2010)

Em ambas as situações, tanto de crise como de pré-crise, uma intervenção baseada na teoria do empowerment, promove no indivíduo a percepção de controlo sobre a sua própria vida e processos que lhe dizem respeito, experiências de controlo, tomada de decisão nos processos que lhe dizem respeito e aumento da sua consciência crítica em relação ao contexto. (Ornelas, 2008) O indivíduo empoderizado tem liberdade de escolha e de tomar as suas próprias decisões. O ajustamento dos profissionais à crescente participação dos utilizadores dos serviços passa pela partilha de poder. (Ornelas, 2008) Partindo da abordagem centrada na pessoa, preconizada pela OE, todas as pessoas possuem recursos dentro de si para a sua auto-compreensão, modificação dos seus auto-conceitos, das suas atitudes e comportamento, isto é, elas precisam apenas que estes recursos sejam activados através de um clima e de atitudes do terapeuta facilitadoras do processo. (Rogers, 1980) ainda segundo Rogers (1980), são condições para a criação deste clima, em contexto de grande respeito pela pessoa: (1) autenticidade do terapeuta (ou congruência), em que mostra exactamente o que é ao cliente, despidendo-se das suas barreiras profissionais e pessoais, fazendo-se transparente

na relação terapêutica; (2) aceitação incondicional da pessoa, atitude positiva perante ela, sem reservas e sem julgamentos; (3) compreensão empática da pessoa por parte do terapeuta, ou seja, o terapeuta capta com precisão os sentimentos e significados pessoais que a pessoa está a vivenciar e comunica essa compreensão à pessoa.

Santos (2004) resume os princípios gerais da abordagem centrada na pessoa: (1) o indivíduo não se limita apenas à reacção das adversidades, tem livre – arbítrio e pode ser um agente criativo na realidade que o rodeia; (2) por outro lado, o Homem é intrinsecamente motivado para um processo construtivo que o leva a sobreviver, a manter a sua organização e a evoluir numa direcção complexa e autónoma. O foco de atenção é a experiência global do indivíduo, o papel do terapeuta é tentar "ver através dos olhos da outra pessoa, perceber o mundo tal como lhe aparece, aceder, pelo menos parcialmente, ao quadro de referência interno da outra pessoa". Sendo o indivíduo motivado para a actualização das suas capacidades e potenciais, tendo a capacidade de ter consciência de si próprio, de reflexão sobre as suas próprias escolhas, esta compreensão empática do outro pelo terapeuta tem como objectivo promover o poder do indivíduo para se auto-dirigir. Este deve-se à sua tendência para se actualizar e à sua capacidade de se auto-regular em função da avaliação da sua experiência.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria nos campos de estágio

Para poder oferecer ajuda profissional, o interveniente deve começar por estabelecer uma relação com a pessoa, assegurar-se da qualidade dessa relação e, através das suas trocas, intervenções e atitudes, criar uma relação terapêutica tendo em vista o desenvolvimento de uma relação de ajuda profissional. Portanto, deve conhecer as características da entrevista, os vários tipos e escolher o que melhor se adapta ao seu objectivo. (Chalifour, 2002)

A avaliação das necessidades em saúde mental da pessoa com doença oncológica foi efectuada através de observação clínica de enfermagem e de entrevista. Serviram as seguintes linhas orientadoras para proceder a uma entrevista de avaliação das necessidades: (1) prestar atenção como as respostas devolutivas influenciam o discurso da pessoa, procurando manter um discurso com conotação positiva e

promovendo a esperança; (2) estar atento às preocupações da pessoa, encorajar a expressão de sentimentos, emoções, perguntar sobre as suas preocupações, ler o comportamento verbal e não verbal, permitir o silêncio, a tristeza e as lágrimas, encorajar a falar dos seus desejos; (3) avaliar factores antecedentes como a história psiquiátrica, consumo de substâncias, apoio social, sentimentos de fardo em relação à doença, conflitos familiares, necessidades especiais, depressão e ansiedade, sentimento de perda de dignidade, preocupações existenciais, danos cognitivos, sintomas físicos como dor ou outros; (4) respostas a temas específicos: medos e preocupações, recomendações específicas de intervenções; (5) na conclusão da entrevista: resumir o que foi dito, clarificar percepções, dar espaço para perguntas, mediar discussões com outros, providenciar referências específicas; (6) depois da entrevista: registar e comunicar à equipa clínica. (Pessin, Amakawa & Breitbart, 2010)

Seguindo estas linhas orientadoras, as questões colocadas em entrevista semi-estruturada encontram-se no anexo 3.

Para avaliar o estado mental em entrevista, foram usadas as categorias de avaliação descritas por Stuart (2001): (1) Descrição geral – aparência, discurso, actividade motora e interacção durante a entrevista; (2) Estado emocional – humor e afectos; (3) Percepção; (4) Pensamento – conteúdo e processo; (5) Estado sensorial e cognição – nível de consciência, memória, nível de concentração, informação e nível de compreensão, julgamento e insight.

Tendo os estados emocionais de stress, ansiedade, depressão e raiva grande poder para condicionar o nível de satisfação e de qualidade de vida da pessoa com doença oncológica, torna-se importante a sua avaliação. (Mitchell et al., 2010) Para avaliar estes estados emocionais foi usada a Escala – Termómetro de Mitchell, solicitada ao autor, e tendo este autorizado o seu uso. Este instrumento é apresentado em anexo 3. A sua aplicação passa pelas seguintes questões: “Numa escala 0 – 10, em que 0 corresponde à ausência de e 10 a um estado extremo, quanto stressado/ansioso/deprimido/com raiva se sente hoje/se tem sentido nos últimos dias?”; “Que duração tem tido esse estado? (de 0 a mais de 10 meses)”;

“Numa escala 0 – 10, qual a sua necessidade de ajuda, em que 0 consegue gerir o estado emocional e 10 necessita desesperadamente de ajuda?”. Esta escala foi escolhida pela sua facilidade e rapidez na aplicação, interpretação e cotação, por não necessitar de suporte em papel no momento da aplicação, por os itens avaliados se referirem aos estados emocionais que ocorrem mais frequentemente nas pessoas com doença oncológica, por ser facilmente

integrada na entrevista e por permitir à pessoa a tomada de consciência da evolução do seu estado.

Os diagnósticos de enfermagem identificados sobre os quais incidiram as intervenções foram os seguintes segundo a classificação da CIPE¹: raiva, ansiedade, depressão, desespero, angústia, medo, frustração, luto, culpa, auto-estima, estigma, auto-controlo, coping. Apresenta-se no anexo 5 os focos identificados de acordo com a CIPE, as intervenções dirigidas aos focos, segundo a NIC², e os resultados esperados com as intervenções, segundo a NOC³ (anexo 5.1). As intervenções desenvolvidas basearam-se na evidência descrita por vários autores.

As intervenções desenvolvidas ao nível primário tiveram como objectivo fortalecer o indivíduo para lidar com os factores de stress com probabilidade de ocorrência, passando pelo informar, apoiar, motivar e integrar para manutenção do equilíbrio e consequente bem-estar. Ao nível secundário, as intervenções tiveram como objectivo diminuir o sofrimento (tratar os sintomas), desenvolver o coping e restabelecer o equilíbrio entre indivíduo e stressores procurando o melhor nível de bem-estar possível e aumentar a sua qualidade de vida. Ao nível terciário, as intervenções tiveram como objectivo promover um plano individual de recovery (readaptar-se à sua condição actual, promover a estabilidade do indivíduo).

AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial, Lisboa

A AEIPS foi fundada em 1987 com a finalidade de investigação/acção para o estudo e integração psicossocial de Pessoas com Experiência de Doença Mental (PEDM). Actualmente desenvolve e aplica programas nas áreas de formação, ensino, emprego e integração psicossocial de PEDM na condição de sem-abrigo através do projecto “Casas Primeiro”. A sua filosofia baseia-se na teoria do empowerment e no processo de recovery. Na sua intervenção, os técnicos funcionam como facilitadores do processo individual de recovery dos membros através da promoção do seu empowerment. Os membros da AEIPS integram a Direcção, sendo representados nela por três membros, desenvolvem autonomamente o Centro de Empowerment e Ajuda

¹ CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

² NIC – [Nursing Interventions Classification] Classificação das Intervenções de Enfermagem

³ NOC – [Nursing Outcomes Classification] Classificação dos Resultados de Enfermagem

Mútua (CEAM), uma das várias actividades da Associação, cuja finalidade é promover o empowerment e ajuda mútua das PEDM. Esta Organização cumpre assim duas características essenciais que os serviços orientados para o recovery devem ter: (1) participação dos utilizadores nos órgãos directivos das instituições que utilizam; (2) os técnicos têm uma intervenção de facilitador, em que o poder de decisão e escolha está do lado do utilizador (filosofia do empowerment). (Duarte, 2009)

Esta nova orientação dos serviços de saúde mental inicia-se nos anos 70; em 1971, em Itália, com o encerramento do primeiro hospital psiquiátrico, San Giovanni em Trieste e nos Estados Unidos da América (EUA), em 1970, com Judy Chamberlin, com publicação de livros com relatos de internamentos nos hospitais psiquiátricos, reuniões onde partilhavam experiências e apelavam à sociedade sobre o não respeito dos direitos, segregação e exclusão de que eram alvo e sobre a concepção errada que havia da PEDM como alguém inválido, dependente de outros para o resto da vida (Chamberlin, 1978). Os movimentos das PEDM começaram por promover redes de suporte para além dos cuidados de saúde tradicionais, como a ajuda mútua, a focalizaram-se no advocacy promovendo legislação que protegesse os seus direitos. Tudo isto permitiu-lhes fortalecer capacidades e aumentar um sentimento de controlo sobre as suas vidas, criando uma identidade pessoal e colectiva mais positiva e valorizada. (Ornelas, 2008)

Os serviços começaram a compreender a necessidade de mudar a sua organização e funcionamento e os profissionais de que a sua forma de intervir terá de mudar, sobretudo a sua concepção de poder de decisão. São vários os países que integram o recovery como visão nos seus planos estratégicos de reestruturação dos serviços de saúde mental – Nova Zelândia, Irlanda, EUA, Dinamarca.

A AEIPS oferece um serviço de suporte comunitário às PEDM orientado para o recovery, promovendo o seu empowerment. Através da consulta de documentação, observação das práticas dos técnicos e intervenção sob supervisão, foi possível adquirir conhecimentos teóricos e práticos para promover o empowerment da pessoa e a construção de um plano individual de recovery.

Como participação mais activa, sob supervisão, foi dado apoio aos utilizadores da organização no desenvolvimento do seu plano individual de recovery, acompanhamento dos utilizadores em actividades que facilitam o seu recovery através do seu empowerment, treino de competências nos utilizadores que promovem o seu processo de recovery, observação da interacção comunicacional entre técnicos e

utilizadores procurando o empowerment e recovery destes, treino das competências comunicacionais e interação que estimulam o empowerment e recovery. Foram ainda desenvolvidas intervenções em situação de crise. As actividades e os conceitos teóricos desenvolvidos são apresentados detalhadamente no anexo 6.

A participação na Reunião Teórica e Reunião Geral (actividades semanais) permitiu adquirir conhecimento teórico e como operacionalizar a teoria do empowerment, seus processos e processo de recovery, bem como o conhecimento das áreas de intervenção da AEIPS, através da sua apresentação e acompanhamento de técnicos em diversas actividades permitindo observar a operacionalização dos conceitos teóricos.

O acompanhamento/ajuda prestada à PEDM, na construção de um plano individual de recovery, através da utilização do instrumento “Plano Individual de Recovery”, desenvolvido pela AEIPS, permitiu responder ao objectivo proposto “ajudar a pessoa, ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”. Este instrumento é preenchido pela PEDM; o apoio prestado pelo técnico, no preenchimento deste instrumento, consiste em promover a capacidade reflexiva da pessoa e, dessa forma, ajudá-la a construir o seu Plano Individual de Recovery.

O acompanhamento dos técnicos em actividades com as PEDM permitiu responder ao objectivo “prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitária, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

O tempo de permanência na instituição e as actividades desenvolvidas permitiram atingir os objectivos propostos.

No início do estágio nesta instituição, foi apresentado à equipa, tendo estado presentes técnicos e membros, os objectivos e actividades propostas. No final foi apresentado, na Reunião Teórica, um resumo do trabalho desenvolvido, estando estas apresentações em anexo 9.

Este serviço recebe pessoas em diversas fases do percurso da doença oncológica, especificamente doenças do foro hematológico. As competências desenvolvidas no campo de estágio anterior foram aplicadas nas intervenções aqui implementadas, para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem de saúde mental e psiquiatria identificados. Foram definidos os seguintes objectivos para este campo de estágio:

- Avaliar as necessidades de enfermagem de saúde mental das pessoas internadas com doença oncológica nas fases de pós-diagnóstico imediato, de tratamento e de recaída
- Operacionalizar o conceito de empowerment
- Implementar intervenções de acordo com a teoria de empowerment, procurando o alívio do sofrimento e facilitação do processo de adaptação
- Facilitar o desenvolvimento do Plano Individual de Recovery das pessoas com doença oncológica internadas no serviço
- Desenvolver competências comunicacionais em situação de crise, promovendo o equilíbrio da pessoa
- Reflectir sobre as competências de comunicação necessárias na equipa de enfermagem com características de conotação positiva e que promova a esperança (tendo este trabalho sido sugerido pela equipa de enfermagem)

Partindo dos diagnósticos de enfermagem identificados, apresentados no anexo 5, foram implementadas intervenções como os seguintes objectivos:

- Diminuir o nível de depressão, ansiedade e stress causados pelo impacto do diagnóstico, tratamento, alteração da imagem e da condição física provocadas pelo tratamento ou pela recaída (prevenção secundária)
- Aumentar a percepção de auto-controlo
- Desenvolver o coping para melhorar o processo de adaptação à doença
- Desenvolver um plano individual de recovery, levando a pessoa a identificar objectivos exequíveis a médio prazo com interesse para si

Com base na Evidência, tendo em conta o pressuposto da abordagem centrada na pessoa e os processos da teoria do empowerment, foram implementadas intervenções (a classificação das intervenções segundo a NIC é apresentada em anexo 5) para dar resposta aos diagnósticos identificados.

Para responder ao primeiro objectivo, foram usadas as seguintes técnicas: (1) expressão de emoções negativas (Durá & Ibañez, 2000; Oliveira, et al., 2005; Breitbart & Alici, 2009); (2) intervenção focada nas emoções (Durá & Ibañez, 2000; Cohen & Carlson, 2005); (3) distração cognitiva (Breitbart & Alici, 2009); (4) imaginário guiado (Durá & Ibañez, 2000; Valiente, 2006; Muller et al., 2009; Breitbart & Alici, 2009); (5) exercícios respiratórios (Breitbart & Alici, 2009); (6) massagem (Cohen & Carlson, 2005; Fulcher et al., 2008); (7) relaxamento (Durá & Ibañez, 2000; Valiente, 2006; Fulcher et al., 2008; Muller et al., 2009; Breitbart & Alici, 2009; Breitbart et al., 2010).

Estas intervenções ocorreram em momentos de crise, por exemplo, no pós-diagnóstico de doença oncológica, após informação médica de infecção ou quando em recaída. A pessoa vivenciou a notícia como um choque, sentiu a sua vida ameaçada, apresentou uma posição de vitimização e risco de suicídio, pelos actos de fala: “já não sirvo para nada”, “sou um peso para a minha família”, “apetece-me desaparecer”. Esta observação, baseada nos Níveis de Avaliação de Crise descritos por Hoff (2001), permitiu identificar a ocorrência de um momento de crise. A escuta activa, expressão de emoções negativas e de relatos dos acontecimentos por parte da pessoa, bem como a intervenção focada nas emoções revelaram-se eficazes, pela observação de indicadores, nomeadamente a diminuição da ansiedade, de stress e de depressão, a diminuição da tristeza, das crises de choro, da raiva, da irritabilidade, o aumento da esperança (anexo 5.1). Na perspectiva de Neuman (2011), esta intervenção dá-se ao nível da prevenção secundária, pretendendo reduzir os sintomas e os efeitos dos stressores. As intervenções foram desenvolvidas consoante os diagnósticos de enfermagem, avaliação das necessidades e avaliação do estado mental, tendo por referência as categorias descritas por Stuart (2001).

No sentido de aumentar o auto-controlo, foi estimulada a pessoa a procurar junto do médico mais informação, sempre que era referido a falta desta. (Oliveira, et al., 2005; Fulcher et al., 2008) Foi também treinado o coping para auto-controlo de situações referidas como difíceis pela pessoa, sobretudo os níveis de stress, ansiedade e depressão. (Durá & Ibañez, 2000; Marques, Queiroz & Rocha, 2007)

Estas intervenções tiveram como objectivo promover na pessoa com doença oncológica o reajuste à sua situação de saúde e às ocorrências, fortalecê-la para possíveis acontecimentos no futuro com o treino de coping para lidar com futuros stressores com probabilidade de ocorrerem. A avaliação das intervenções pela pessoa que as recebeu foi positiva, respondendo às suas necessidades; posteriormente era validada a possibilidade de serem feitas pela pessoa sozinha com o objectivo de treinar o coping. Segundo Neuman (2011), este tipo de intervenção corresponde a uma prevenção terciária, ocorreu de forma formal, com um contacto inicial informal. Após o diagnóstico de ansiedade, tristeza e/ou stress, a avaliação foi validada com a pessoa e feita proposta de treino de coping, que foi praticado pela pessoa nos momentos definidos por ela e validado posteriormente num momento combinado previamente. Num curto espaço de tempo, a avaliação desta intervenção foi positiva, tendo em conta os indicadores de sucesso definidos: verbaliza sensação de controlo, relata redução do stress, verbaliza aceitação da situação, emprega comportamentos para reduzir o stress, usa estratégias eficazes de enfrentamento. (anexo 5.1) A médio prazo, esta avaliação não foi possível por o tempo de estágio não o permitir e a intervenção não estar integrada na prestação de cuidados da Equipa de Enfermagem da Unidade.

Com o objectivo de desenvolver um plano individual de recovery foi usada a técnica da reestruturação cognitiva. (Durá & Ibañez, 2000; Oliveira et al., 2005) Abreu et al. (2005) mencionam no seu artigo pessoas com doença oncológica que mudaram o seu sentido de vida através de uma reestruturação cognitiva, valorizando aspectos positivos em detrimento de aspectos negativos, pois referem “*a doença ajudou-me a valorizar-me como pessoa e a considerar que as coisas que antes me preocupavam não eram realmente as mais importantes da minha vida.*” Ainda com este objectivo, foi desenvolvida uma interacção comunicacional treinada no campo de estágio anterior (AEIPS), usando intervenções que levassem a pessoa a projectar soluções que lhe fossem satisfatórias, viáveis e confortáveis, bem como a procura de objectivos a curto prazo que aumentassem o seu bem-estar e qualidade de vida e estabelecimento de datas para a pessoa iniciar as intervenções. Segundo Neuman (2011), esta intervenção dá-se ao nível da prevenção terciária.

As intervenções ocorreram após avaliação inicial através de entrevista e aplicação da escala – termómetro de Mitchell, de forma informal, sem uma referência criteriosa prévia. A referência da pessoa pelos enfermeiros da equipa resultou da sua avaliação das situações por cada profissional. Algumas intervenções ocorreram em

situação de crise, por exemplo numa fase recente de pós-diagnóstico, tendo-se observado os indicadores referentes aos resultados descritos no anexo 5.1.

A observação dos indicadores, apresentados em anexo 5.1, levou a uma avaliação positiva das intervenções. O resultado de algumas intervenções, visível a médio/longo prazo, como o treino de coping, a definição de objectivos a médio/longo prazo não foi possível avaliar devido à falta de continuidade no tempo deste acompanhamento de saúde mental.

Apesar de terem sido observados os indicadores, indicando resultados das intervenções, a definição de critérios para a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e sua comunicação à equipa, no início do estágio, conferindo um carácter formal à intervenção, teria resultado num maior envolvimento da equipa e menor probabilidade da não identificação das necessidades em saúde mental das pessoas com doença oncológica. O maior envolvimento da equipa de enfermagem do serviço poderia ter permitido a avaliação dos resultados das intervenções a médio/longo prazo.

Todas as actividades desenvolvidas neste campo de estágio são apresentadas em detalhe no anexo 7.

Em relação à importância do estilo de comunicação entre o profissional e a pessoa que recebe os cuidados, a evidência mostra que a forma como a comunicação da informação é feita condiciona a esperança de vida e as crenças da pessoa com doença oncológica, melhora a auto-estima, diminui a dor, melhora as estratégias de coping. (Breitbart & Alici, 2009) A comunicação personalizada, centrada nas necessidades da pessoa é fundamental para diminuir o impacto emocional que a comunicação do diagnóstico de doença oncológica tem na mesma, sendo essencial fazê-la sentir-se compreendida e respeitada em todas as suas dimensões; a angústia pode promover o desenvolvimento da doença e aumentar as queixas somáticas. (Breitbart & Alici, 2009) Como apresenta Alborno (2004), é o médico que faz a comunicação do diagnóstico, mas o apoio emocional é feito multidisciplinarmente. A autora relata expressões de doentes: “(...) suspeitava de algo sério, mas nunca de uma leucemia (...)”, “(...) não preciso de um psicólogo, não estou louco (...)”. É o enfermeiro que acaba por estar mais próximo, que escuta e apoia, que tira as dúvidas que o doente não conseguiu tirar com o médico, que valida a informação dada pelo médico e cujo impacto por vezes causa negação e o doente nem se quer ouve. O enfermeiro tem um papel de extrema relevância em todo este processo e o desenvolvimento de competências

comunicacionais vai permitir uma maior segurança na relação com a pessoa que enfrenta uma situação de saúde grave e melhorar a sua relação de ajuda.

No início do estágio na Unidade de Hematologia foi apresentado à Equipa de Enfermagem os objectivos e actividades propostas. No final deste estágio, foi apresentado um resumo do trabalho desenvolvido que se apresenta em anexo 10.

Unidade de Psico-Oncologia, Hospital de Basurto, Bilbao

A escolha de um campo para estágio fora do país pretendeu alargar a experiência profissional, conhecer o trabalho fora do meu meio cultural para maior enriquecimento do conhecimento. A escolha deste campo deveu-se a apresentar uma realidade a que aspira este trabalho: o intercâmbio entre a saúde mental, psiquiatria e a oncologia. A Unidade de Psico-oncologia encontra-se integrada no Serviço de Psiquiatria, a funcionar no espaço das Consultas Externas. A sua área de intervenção é maioritariamente com pessoas com doença oncológica e seus familiares, podendo atender pessoas com outros problemas de saúde, como por exemplo doenças infecto-contagiosas, em regime de internamento e de ambulatório. As sessões de intervenção são marcadas periodicamente de acordo com a necessidade da pessoa e disponibilidade do serviço, habitualmente com a periodicidade de uma por mês. Em situação de crise, a intervenção ocorre informalmente, em ambulatório ou em internamento, a pedido da pessoa ou família ou por sinalização do médico assistente em concordância com a pessoa. O trabalho desenvolvido neste estágio permitiu a intervenção em situação de crise, a intervenção para promover o processo de adaptação ao percurso da doença oncológica e o reequilíbrio da pessoa. Teve como objectivos:

- Desenvolver competências comunicacionais de acordo com as necessidades e características do indivíduo e da especificidade da situação
- Implementar intervenções de enfermagem em situação de crise procurando o desenvolvimento do processo de adaptação do indivíduo e família à doença oncológica

As actividades desenvolvidas para atingir os objectivos propostos são apresentadas em detalhe no anexo 8.

O apoio prestado pela Unidade dá-se tanto ao nível ambulatorio como no internamento, à pessoa com doença oncológica e sua família. A maioria das intervenções foi desenvolvida formalmente, com marcação prévia das sessões de atendimento na Unidade, em regime ambulatorio, e por pedido do médico, no internamento. As intervenções que ocorreram de forma informal, tanto em internamento como em ambulatorio, verificaram-se em situação de crise, com encaminhamento posterior para um acompanhamento formal. Os principais objectivos das intervenções foram: (1) ajudar em situação de crise, (2) diminuir os níveis de ansiedade e depressão, (3) promover a adaptação ao percurso da doença, (4) facilitar o processo de luto.

Foram desenvolvidas e treinadas competências comunicacionais, em contexto de relação terapêutica, com conotação positiva e promovendo a esperança em situação de crise, no apoio emocional ao indivíduo e família promovendo o processo de adaptação à situação de doença, no apoio emocional ao indivíduo e família em situação de fim de vida, no apoio à família na comunicação das más notícias aos filhos e na validação e clarificação da informação dada pelo médico à pessoa com doença oncológica.

Segundo Moore, Wilkinson & Mercado (2009), uma boa comunicação entre a pessoa com doença oncológica e profissionais de saúde é essencial para aumentar a qualidade da prestação de cuidados. Disponibilidade para ouvir e disponibilidade para explicar são os atributos comunicacionais mais referidos como sendo necessários. Uma comunicação eficaz promove o recovery, percepção do controlo, adesão ao tratamento e promoção da saúde mental. Ter competências comunicacionais deveria ser condição para se prestar cuidados de saúde.

Também a qualidade da relação que se estabelece com a pessoa é crucial para lhe prestar ajuda; ela deve sentir-se ouvida, compreendida e se as suas emoções não são claras, pedir para que as clarifique através de questões abertas. (Hoff, 2001) A escuta activa e a estimulação da expressão das emoções, medos, preocupações e factores de ansiedade, sendo técnicas importantes para intervir em situação de crise, foram as intervenções usadas com maior frequência para responder ao primeiro e segundo objectivos. É importante realçar que sentindo-se ouvida, a pessoa tende a olhar o problema como algo menor e a lidar melhor com a situação, exteriorizando as emoções negativas aumenta o seu bem-estar. (Hoff, 2001; Chalifour, 2002) Foram também usados o relaxamento e imaginário guiado, em associação, para diminuir os níveis de ansiedade e depressão, tal como implementado no estágio anterior.

A crise pode ser um potencial de crescimento ao estimular o desenvolvimento de novos mecanismos de adaptação, o que levou à realização de intervenções comunicacionais para explorar os recursos da pessoa, os seus apoios sociais, aumentar a sua percepção de auto-controlo e corrigir distorções cognitivas. (Chalifour, 2002) Foi promovido o empowerment para levar a pessoa e sua família a tomarem as decisões, definirem objectivos, melhorarem as suas redes sociais e consequentemente aumentarem o nível de satisfação e a capacidade de coping, promovendo assim o processo de adaptação ao decurso da doença. (Hoff, 2001)

O diagnóstico de doença oncológica continua a ser temido, estigmatizante, caracterizado por um período de grande vulnerabilidade e tem sempre associado o medo de morrer. (Cohen & Carlson, 2005; Chahl & Bond, 2009) Segundo Chalifour (2002), o luto é uma experiência de perda, sofrimento e também uma ocasião de mudança e crescimento, na medida em que a pessoa enlutada descobre recursos insuspeitáveis e até desenvolvendo competências inimagináveis. No seu trabalho, apresenta vários autores que definem várias etapas do luto, mostrando um consenso na existência de uma etapa inicial caracterizada por um choque, havendo várias manifestações físicas, cognitivas, comportamentais e emocionais; uma etapa central caracterizada por um período depressivo e de desinvestimento, seguida por uma etapa de restabelecimento, significando o fim do luto. Para promover o processo de luto normal e a adaptação à perda, foram desenvolvidas as intervenções suportadas pela evidência referidas pelo autor, que se passa a referir: (1) estimulação da verbalização da sua perda com o intuito de actualizar a situação e reconhecer todos os aspectos de que é privada, (2) expressão de emoções para libertar a tristeza e (3) reestruturação cognitiva para corrigir pensamentos erróneos, reformulá-los e reconduzir a pessoa à realidade.

A estratégia de escuta é essencial para prestar ajuda a uma pessoa em processo de luto ou em crise. Outra estratégia importante é harmonizar a linguagem verbal e não verbal com a pessoa, utilizando uma linguagem que a pessoa privilegie, tendo em conta os padrões da linguagem devem ser positivos e que conduzam aos objectivos do cliente. (Chalifour, 2002) Esta foi uma técnica da relação terapêutica amplamente usada, sobretudo em situação de crise.

Por outro lado, Lienard et al. (2008) referem que a ansiedade é com frequência uma resposta à comunicação e, muitas vezes, provoca respostas desajustadas, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida da pessoa e sua família. Tal como Chalifour (2002), também Lienard, et al. (2008) referem que se a comunicação do

profissional de saúde for positiva contribui para a diminuição da ansiedade do doente. A redução da ansiedade no momento da comunicação aumenta o nível de compreensão por parte da pessoa, aumentando o seu bem-estar e fortalecendo a relação entre a pessoa e o profissional de saúde.

As intervenções comunicacionais do profissional de saúde com a pessoa com doença oncológica têm como função: (1) diminuir o impacto psicológico da comunicação do diagnóstico; (2) ajudar a assimilar e integrar a informação; (3) apoiar emocionalmente; (4) facilitar a pessoa a usar os seus recursos com o objectivo de facilitar a adaptação ao processo; (5) evitar a conspiração do silêncio; (6) facultar a expressão de emoções; (7) promover a confiança na equipa; (8) promover o sentimento de segurança. (Albornoz, 2004)

Segundo Albornoz (2004), é importante dizer à pessoa com doença oncológica que: (1) a doença não o priva da sua dignidade; (2) que mantém a capacidade de decidir por si; (3) usar-se critérios personalizados, universais e de vulnerabilidade; (4) ajudar a recuperar o princípio de autonomia, que se entende pela capacidade de pensar, decidir e agir segundo os seus valores; (5) considerar o paciente como interlocutor válido, em condições de simetria moral, independentemente do seu estado físico e prognóstico clínico.

Durante a relação terapêutica procurou-se dar espaço à pessoa para a verbalização das suas preocupações, medos e factores ansiogénicos através de questões abertas, pelo respeito dos silêncios, pela escuta activa e validação das emoções percebidas. O estabelecimento de contacto visual, o toque, a reformulação e uso de feedback procuraram mostrar empatia e compreensão do que estava a ser dito pela pessoa.

Nesta relação de ajuda, a atitude demonstrada pela pessoa procurou ser de respeito, autenticidade e compreensão empática. (Rogers, 1980; Chalifour, 2002) A comunicação usada caracterizou-se pela escuta activa, conotação positiva, promovendo o empowerment e percepção de controlo. As questões usadas que procuraram a promoção do empowerment da pessoa, desenvolvidas no estágio anterior, foram do estilo: “É você que decide/que faz as escolhas”, “O que é mais importante/confortável para si?”, “O que é importante para si agora?”, “O que decide/escolhe?”, “O que quer?”, “Como gostaria que fosse – o que pode fazer para obter isso?”

Outra característica da comunicação foi a promoção da esperança. Abreu et al. (2005) referem a importância do conceito de esperança na comunicação. Referem que

as competências comunicacionais dos profissionais de saúde na relação terapêutica promovem a esperança das pessoas com doença oncológica e seus familiares; essas competências pressupõem empatia e transmissão de ânimo (modular as emoções negativas, salientar as positivas e “abrir janelas quando se fecham portas”). Esperança é um conceito onde está ligado o sentido de vida, onde se envolvem motivos, necessidades, expectativas, projecções, desejos, sonhos, aspirações, crenças e atribuições que podem ter ou não uma base realista, dependendo do auto-conceito e auto-valorização, da informação disponível, do nível de funcionamento psicológico, do uso de mecanismos de defesa, entre outros. Pode ter uma projecção a curto, médio ou longo prazo. A esperança é uma componente essencial do desenvolvimento humano, promovendo o seu crescimento, com uma essência positiva, de projecção no futuro associada a planos, metas, objectivos de vida promovendo a auto-valorização da pessoa. Manifesta-se como uma atitude optimista perante a vida e como uma orientação positiva face a algo ou alguém.

Abreu et al. (2005) mencionam a importância de conhecer as necessidades psicológicas das pessoas com doença oncológica e suas famílias, ter em conta a individualidade de cada caso, a percepção que tem da doença, a sua vontade de viver. Em lugar do “não há nada a fazer”, que retira a esperança, deve-se direccionar a esperança para outros factores como o alívio e não para a doença. A esperança e o temor são emoções inevitáveis quando a morte é uma ameaça; o temor pode ser um motor de busca para procurar informação e a esperança um amortizador do que vem. A reconceptualização da esperança é um processo individual, realizado com a ajuda profissional, em que se direcciona a esperança para a obtenção de coisas mais concretas. Deve ser realista para preservar a qualidade de vida e bem-estar. Não existem fórmulas concretas que os profissionais possam usar para promover a esperança nos doentes, exige sim competências comunicacionais.

No início do estágio na Unidade de Psico-oncologia foi apresentado à equipa do Serviço de Psiquiatria e Unidade de Psico-oncologia os objectivos e actividades propostas. E no final foi apresentado o trabalho desenvolvido, encontrando-se estas apresentações no anexo 11.

CONCLUSÃO

O equilíbrio do estado mental da pessoa com doença oncológica é altamente perturbado e o risco de ocorrência de distúrbios psicopatológicos é grande, mas nem sempre as necessidades de saúde mental são satisfeitas, afectando bastante a sua satisfação e a sua qualidade de vida. A promoção do empowerment e recovery da pessoa, focando-se nas suas forças e competências, contribuindo para ficar esplêndida sem se focar na ausência de sintomas, é uma forma de aumentar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. (Deegan, 1988; Ornelas, 2008) É desta perspectiva que parte a pertinência deste trabalho.

Este trabalho procurou demonstrar a importância da enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria na promoção e manutenção da saúde mental e prevenção de doença mental através do empowerment da pessoa e da construção de um plano individual de recovery.

Assim, o domínio conceptual e a operacionalização destes conceitos tornaram cruciais. O trabalho desenvolvido no primeiro campo de estágio, na AEIPS, serviu este objectivo. A observação da intervenção da equipa da AEIPS, consulta dos instrumentos e a intervenção acompanhada permitiram atingir este objectivo.

A aplicação de abordagens desenvolvidas na saúde mental na área de oncologia pretendeu demonstrar a transversalidade da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, e demonstrar a importância do seu papel para além dos serviços de saúde mental e psiquiatria. O percurso da doença oncológica apresenta vários stressores à pessoa com a doença (Li, Hales & Rodin, 2010), interferindo no processo de adaptação à doença (Cohen & Carlson, 2005). Sendo os stressores estímulos causadores de grande tensão, capazes de desequilibrar o sistema, é papel do enfermeiro promover o reequilíbrio do sistema e seu bem-estar. (Neuman, 2011) A promoção do empowerment e do recovery da pessoa com doença oncológica aumenta o seu bem-estar e qualidade de vida. (Ornelas, 2008)

Os resultados demonstram a importância desta abordagem na promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa com doença oncológica. A intervenção baseou-se no que a evidência refere como resposta eficaz aos problemas identificados. A promoção do empowerment e o processo de recovery traduziram-se nas atitudes e comunicação.

Tendo consciência da importância da comunicação na relação terapêutica, o aperfeiçoamento destas competências foi sempre procurado.

Sendo as competências comunicacionais tão importantes para a promoção do empowerment e recovery, o terceiro campo de estágio, a Unidade de Psico-oncologia, permitiu, assim, o seu aperfeiçoamento. Para a melhoria destas competências, contribuiu a observação da prática de profissionais desta unidade e a intervenção com supervisão clínica.

Na retrospectiva de Neuman (2011), alguns líderes da Enfermagem, no final dos anos 70, iniciaram uma consciencialização da necessidade emergente da disciplina assentar a sua prática numa base teórica. Além disso, a prática profissional e a investigação científica exigem dos enfermeiros um pensamento crítico altamente desenvolvido, o desenvolvimento da capacidade reflexiva contribui para tal e também para melhorar a performance. Os novos papéis emergentes, como o de enfermeiro especialista, requerem uma mudança curricular, tal como a prática deve ser baseada na evidência para garantir a qualidade dos cuidados.

A perspectiva de Hesbeen (1998) sobre a formação dos enfermeiros vai no mesmo sentido da de Neuman (2011), referindo que a qualidade dos cuidados depende da qualificação, formação, competências e atitudes dos enfermeiros. Este autor descreve a qualidade dos cuidados como complexa, subtil e dinâmica, o que exige uma prática diferenciada, dirigida ao cuidar, sendo essencial que os enfermeiros possuam as aptidões adequadas. Refere ainda competências que permitam fazer um acolhimento, ouvir, ter disponibilidade, ter criatividade são essenciais a uma prestação de cuidados de qualidade. Os enfermeiros são especialistas em pequenas coisas, que exigem grande atenção, talentos e profissionalismo, e são elas que contribuem para dar sentido à vida. (Hesbeen, 1998)

Assim, tendo em conta as perspectivas destes autores e sendo objectivo a manutenção dos padrões de qualidade definidos pela OE, o aumento de enfermeiros especialistas é crucial; a especialização da enfermagem permite respostas complexas e de melhor qualidade às necessidades das pessoas. (OE, 2009)

Ao longo do estágio foi possível estabelecer intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados a partir de entrevista e da aplicação da escala – termómetro, e que a evidência mostra como respostas eficazes.

Foram desenvolvidos conhecimentos teóricos e práticos sobre a teoria do empowerment e o processo de recovery. Sendo o percurso da doença oncológica um acontecimento com grande impacto no indivíduo, tornando-o vulnerável, causador de grande stress, o empoderimento da pessoa promove a diminuição do stress. O processo de recovery leva a pessoa a conseguir um bem-estar, uma maior qualidade de vida independentemente da remissão da doença. A mais-valia destes conceitos, no enquadramento teórico da intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria à pessoa com doença oncológica, que se verificou através da observação dos indicadores (anexo 5.1), consistiu no aumento da percepção de auto-controlo, percepção de bem-estar, aumento da auto-estima, poder para tomar decisões sobre si, promoção da esperança através do recovery. Esta mais-valia permite, pela observação dos indicadores dos resultados das intervenções, aumentar o bem-estar e satisfação.

Houve oportunidade de observar a mudança de atitude e das respostas da pessoa com doença oncológica, em contexto de interacção terapêutica, em entrevista, através de uma comunicação que procura a promoção do empowerment e a construção de um plano de recovery. Assim como observar a diminuição dos níveis de ansiedade e raiva após a aplicação de uma técnica de relaxamento e o uso de estratégias de coping, por parte da pessoa, após interacção a terapêutica.

O trabalho desenvolvido, no terceiro campo de estágio permitiu ainda reflectir sobre a prática no segundo campo, na Unidade de Hematologia. Esta reflexão permitiu compreender a importância da comunicação na promoção do empowerment e do recovery da pessoa com doença oncológica.

As actividades desenvolvidas, assim como a observação dos indicadores resultantes das intervenções, permitiram atingir os objectivos propostos para cada um dos três campos de estágio.

O contexto terapêutico em que decorreram algumas entrevistas, na Unidade de Hematologia, procuraram dar respostas no momento e também o levantamento de necessidades em saúde mental sentidas pela pessoa com doença oncológica. Após a entrevista de avaliação de necessidades, a intervenção pretendeu um efeito a médio/longo prazo através da estimulação dos recursos da pessoa e do seu empowerment. O sucesso destas intervenções pode ficar limitado por não ocorrer um acompanhamento estruturado, formal e a maior prazo, não sendo possível a validação de algumas intervenções que procuraram a construção de um plano individual de recovery. Perante um problema identificado, a intervenção era proposta; informalmente é o

profissional que propõe uma resposta e não a pessoa a procurá-la. Esta forma informal de intervir pode condicionar a taxa de sucesso, embora seja possível sempre uma avaliação a curto prazo através da verificação da ocorrência dos indicadores respectivos para cada resultado esperado (anexo 5.1). Na Unidade de Psico-oncologia, pelas características organizacionais, a intervenção foi estruturada de forma formal: tendo conhecimento do serviço, é a pessoa e/ou família que procura o apoio e é definida uma intervenção, em regime ambulatorio ou em internamento, com marcação prévia. O facto de haver um acompanhamento mais prolongado permite uma melhor avaliação das intervenções que necessitam de mais tempo para mostrarem resultados.

Uma limitação deste trabalho foi o carácter menos formal de algumas intervenções e o não estabelecimento de critérios para intervenção da enfermagem especialista em saúde mental e psiquiatria. A distribuição deste estágio por três campos pode ter sido uma limitação, devido ao tempo disponível. No entanto, o conhecimento de outra realidade que não a portuguesa permitiu observar outras formas de intervir, em especial, permitiu observar a articulação organizacional entre a área da psiquiatria e a da oncologia.

Uma sugestão, na continuação deste trabalho, seria a avaliação da qualidade de vida e nível de satisfação e bem-estar antes e depois das intervenções, para melhor compreensão do impacto da intervenção da enfermagem de saúde mental na pessoa com doença oncológica.

Outra sugestão de estudo seria a aplicação desta abordagem centrada na família da pessoa com doença oncológica e a sua mais-valia na qualidade de vida da pessoa.

Tanto na Unidade de Hematologia como na Unidade de Psico-oncologia foi solicitado o apoio para os profissionais e questionada se haveria intervenção ao nível dos profissionais. Na Unidade de Hematologia foi desenvolvida uma sessão de reflexão sobre as características da comunicação na relação de ajuda entre enfermeiro e a pessoa com doença oncológica e sua família. Na Unidade de Psico-oncologia, durante a apresentação do trabalho resultante do estágio, foram apresentadas algumas intervenções comunicacionais terapêuticas possíveis na relação de ajuda que promovam a escuta, o empowerment, a esperança.

Este trabalho foi desenvolvido para as pessoas utilizadoras dos serviços onde decorreram os estágios, e suas famílias, nenhum momento contemplou a intervenção junto dos profissionais. Outra sugestão, na continuação deste trabalho, seria a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria

para promover a saúde mental, bem-estar, qualidade de vida e prevenir estados de burnout nos profissionais que prestam cuidados sobretudo em ambientes de grande stress, como são as áreas de oncologia e psiquiatria.

Uma última sugestão prende-se com o gasto de recursos económicos na saúde. Qual a redução de custos que esta abordagem de saúde mental permite, constituindo o seu investimento unicamente na formação de enfermeiros especialistas? Este seria um mote para um outro trabalho científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. et al. (2005), La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptuación, *Psicología y Salud*, 15 (2), 187 - 194
- Ahern, L. & Fisher, D. (1999), PACE – Personal Assistance in Community Existence, National Empowerment Center, Acedido de www.power2u.org
- Albornoz, P. (2004), Información y comunicación con el enfermo como factor de prevención del dolor y el sufrimiento: la acogida, *Monografías Humanitas*, 2, 127 - 137
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. & Bayés, R. (2003), Intervención emocional en cuidados paliativos Modelos y protocolos, Barcelona, Ariel
- Bambauer, K. et al. (2006), Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 819-824
- Benner, P. (2001), De iniciado a perito, excelência e poder na prática clínica de enfermagem, (Ed. Comemorativa), Coimbra; Quarteto
- Bradley, N., Davis, L. & Chow, E. (2005), Symptom distress in a patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic, *Journal of Pain and Symptom Management*, 30 (2), 123-131
- Breitbart, W. & Alici, Y. (2009), Psycho-Oncology, *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (6), 361 -376
- Breitbart, W. et al., (2010), Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial, *Psycho-Oncology* 19, 21–28
- Bringmann, H. et al. (2008), Long-term course of psychiatric disorders in cancer patients: a pilot study, *GMS Psycho-Social-Medicine* 5, 01-09
- Bush, N. (2010), Post-Traumatic Stress Disorder Related to the Cancer Experience: Nursing Implications, Acedido de http://www.medscape.com/viewarticle/708048_6
- Chahl, P., Bond, A. (2009), ‘I’m sorry but you’ve got cancer’: the role of psycho-oncology, *British Journal of Hospital Medicine*, 70 (9), 514 – 517
- Chalifour, J. (2002), A intervenção terapêutica, vols.1 e 2, Trad. Port. 2008, Lisboa, Lusodidacta

- Cohen, M. & Carlson, E. (2005), Cap. 25 – Cancer-related distress, in *Cancer Nursing Principles and practice*, 6ª ed., London, Jones & Bartlett
- Cicero, V. et al. (2009), The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer, *Psycho-Oncology*, 18, 1045 – 1052
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 1 (2005), Ordem dos Enfermeiros
- Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (2004), 3ª ed., Porto Alegre, Artmed
- Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (2004), 2ª ed., Porto Alegre, Artmed
- Crocetti, E. et al. (1998), *British Journal of Cancer*, 77(7), 1194-1196
- Decker, G. & Lee, C. (2005), Cap. 24 – Complementary and alternative medicine therapies, in *Cancer Nursing Principles and practice*, 6ª ed., London, Jones & Bartlett
- Deegan, P. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19
- Deegan, P. (1996), Recovery as a journey of the heart, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 91-97
- Duarte, T. (2009), Tese de Mestrado: Serviços de suporte comunitários orientados para o recovery das pessoas com experiência de doença mental, ISPA, Lisboa
- Durá, E. & Ibañez, E. (2000), Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 27-43
- Dzubur et al. (2008), Influence of malignant disease on physical and mental health in patients with oncology disease, *Journal of Society for development of teaching and business processes in new net environment in B&H*, 2 (4), 298 - 304
- Fanger, P. et al. (2010), Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados, *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56 (2), 173-178
- Fulcher, C. & Gosselin-Acomb, T. (2007), Distress Assessment: Practice Change Through Guideline Implementation, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11 (6), 817-821
- Fulcher, C. et al. (2008), Putting evidence into practice: interventions for depression, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 131-140

- Hesbeen, W. (1998), *Qualidade em Enfermagem*, Trad. Port. 2001, Loures, Lusociência
- Hoff, L. (2001), *People in crisis*, 5ª Ed., San Francisco, Jossey-Bass
- Jacobson, N. & Curtis, L. (2000), Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (4), 333-341
- Kovacs, M., Franco, M., Carvalho, V. (2008), *Temas em Psico-oncologia*, São Paulo, Summus
- Li, M., Hales, S. & Rodin, G. (2010), Adjustment Disorders (Cap. 41) in *Psycho-Oncology*, Holland
- Lienard, A. et al. (2008), Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: impact of a communication skills training program for physicians, *Psycho-Oncology*, 17, 488 – 496
- Lino, J. (?), A abordagem do corpo pelo relaxamento, <http://brissoslino.files.wordpress.com/2007/11/a-abordagem-do-corpo-pelo-relaxamento.pdf> Acedido em 31/01/2011
- Lovejoy, N. & Matteis, M. (2000), Cancer-related depression: Part I—Neurologic alterations and cognitive-behavioural therapy, *Oncology Nursing Society*, 27 (4), 667-678
- Marques, A., Queiroz, C. & Rocha, N. (2007), Programa de desenvolvimento de estratégias de auto-controlo e gestão do stress em pessoas com esquizofrenia, *Saúde Mental Mental Health*, IX (2), 12 - 24
- Mishra, S. et al. (2006), Prevalence of psychiatric disorder in asymptomatic or minimally symptomatic cancer patients on treatment, *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 2 (3)
- Mitchell, A. et al., (2010), Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool, *Psycho-Oncology*, 19 (2), 125 - 133
- Moore, P., Wilkinson, S., Mercado, S. (2009), *Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers* (Review), Wiley
- Muller, M. et al. (2009), Técnicas de relaxamento e visualização na psicologia da saúde, *Revista de Psicologia da IMED*, 1 (1), 39 – 45
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011), *The Neuman Systems Model*, 5ª ed., New Jersey, Pearson

- Oliveira, E. et al. (2005), Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte, *Medicina (Ribeirão Preto)*, 38 (1), 63 - 68
- Ordem dos Enfermeiros (2001), Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2009), Modelo de desenvolvimento profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, Lisboa
- Ornelas, J. (2008), *Psicologia Comunitária*, Lisboa, Fim de Século
- Penedo, F. et al. (2006), A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioural stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding, *Annals of Behavioural Medicine*, 31 (3):261–270
- Peralta, V. et al. (2010), Intervención psicológica en un caso de leucemia mieloide aguda con problemas de adaptación a la hospitalización y trastorno psicótico inducido por sustancias, *Psicooncologia*, 7 (1): 193-205
- Perkins, D. & Zimmerman, M. (1995), Empowerment theory, research and application, *American Journal of Community Psychology*, 23 (5)
- Pessin, H., Amakawa L. & Breitbart, W. (2010), Suicide (Cap. 43) in *Psycho-Oncology*, Holland
- Rogers, C. (1980), *Um jeito de ser*, Trad. 1987, São Paulo, Lida
- Sadier-Gerhardt, C. et al. (2010), *Journal of Mental Health Counselling*, 32 (3), 265-282
- Santos, C. (2004), Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança, *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, pp. 18 – 23
- Schwabish, S. & Zevon, M. (2007), *Oncology Nursing Forum*, 34 (2), pp 577
- Scharf, B. (2005), *Psicooncologia: abordagem emocional en ontología*, P & B Revista nº 2, 25 (9), 64 – 67
- Skaali, T. et al. (2009), Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors, *Psycho-Oncology* 18, 580–588
- Stark, D. et al. (2002), Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life, *Journal of Clinical Oncology*, 20 (14), 3137– 3148
- Strong, V. et al. (2004), Can oncology nurses treat depression? A pilot project, *Journal of Advanced Nursing*, 46 (5), 542–548

- Stuart, G. (2001), Psychological context of psychiatric nursing care (Cap. 7) in Principles and practices of psychiatric nursing, 7ª ed., St. Louis, Mosby
- Sukegawa, A. et al. (2008), Anxiety and prevalence of psychiatric disorders among patients awaiting surgery for suspected ovarian cancer, Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 34 (4), 543-551
- Swanson & Koch (2010), The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: a retrospective study, Oncology Nursing Forum, 37 (1), 69 - 76
- Valiente, M. (2006), El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer, Psicooncología, 3, (1), 19 – 34
- World Health Organization (2008), Mental Health Gap Action Programme, Geneva

ANEXO 1

Tabela 1 - Competências e respectivas unidades de competências a serem desenvolvidas em estágio (ordem dos Enfermeiros, 2009)

<i>COMPETÊNCIAS</i>	<i>UNIDADES DE COMPETÊNCIAS</i>
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	<ul style="list-style-type: none">• Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade• Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família
Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.	<ul style="list-style-type: none">• Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade• Realiza e implementa o planeamento de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente e família com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados
Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Coordena, desenvolve e implementa programas de psico-educação e treino em saúde mental• Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e situação• Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais

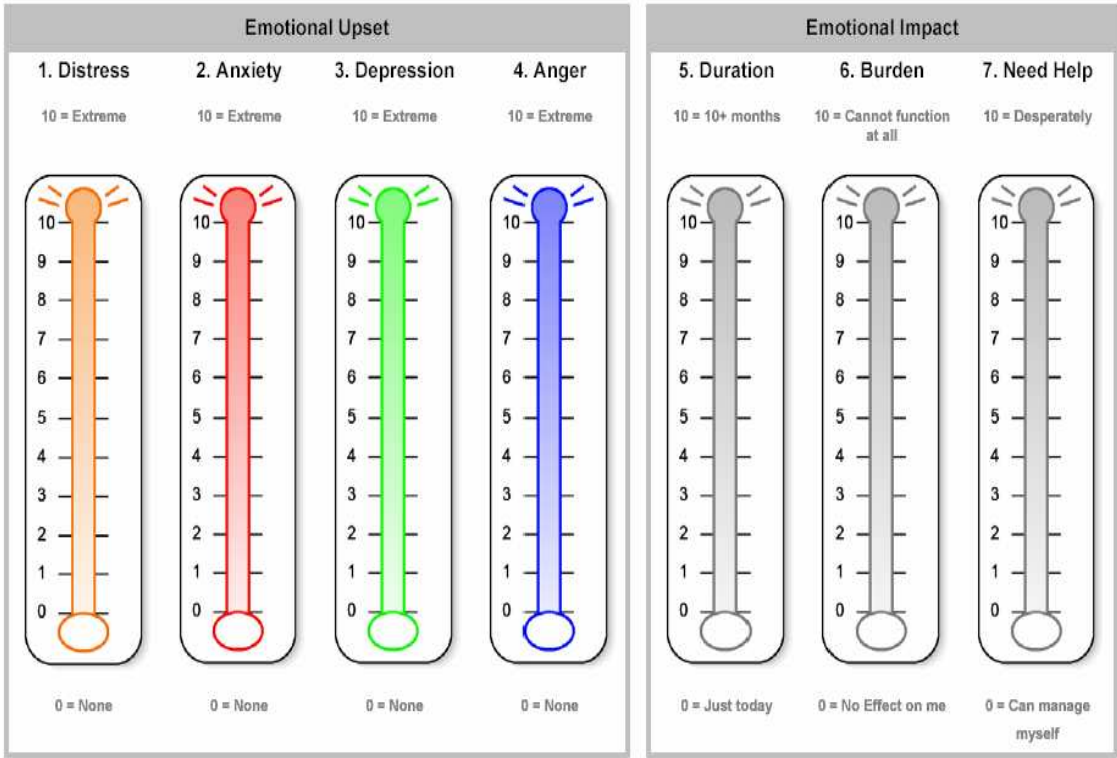
ANEXO 2

Tabela 2 – Percurso do estágio

<i>LOCAL</i>	<i>OCORRÊNCIA</i>	<i>DURAÇÃO (h)</i>
Curso Intensivo de Psico-oncologia, Porto	20 e 21 de Outubro	13
IX Congresso Português de Psico-Oncologia, Porto	22 e 23 de Outubro	12
Unidade de Hematologia do HSAC – CHLC, Lisboa	25 de Outubro a 05 de Novembro	50
AEIPS, Lisboa	09 de Novembro a 15 de Dezembro	161
Unidade de Hematologia do HSAC – CHLC, Lisboa	03 a 21 de Janeiro	124
Unidade de Psico-oncologia do Hospital de Basurto, Bilbao	24 de Janeiro a 18 de Fevereiro	140

ANEXO 3

Escala – termómetro para avaliação do nível de stress, ansiedade, depressão e angústia (Alex Mitchell)



ANEXO 4

Guião de entrevista semi-estruturada

Questões que promovem empowerment

- O que é mais importante/confortável para si?
- O que é importante para si agora?
- O que decide/escolhe?
- O que quer?
- Como gostaria que fosse – o que pode fazer para obter isso?
- É você que decide/que faz as escolhas

Questões que promovem processo individual de recovery

- Quando tiver alta, o que vai fazer?
- O que é importante para si?
- O que lhe dá mais prazer/conforto sentir/fazer/ter?
- O que lhe dá prazer, bem-estar?
- O que pode fazer/o que está ao seu alcance? (empowerment)
- O que está disposto a fazer?
- Quando?

ANEXO 5

Tabela 3 – Foco (CIPE), Intervenções dirigidas ao foco (NIC) e resultados esperados com as intervenções (NOC)

CIPE		NIC		NOC
Focos	Domínio (Nível 1)	Classes (Nível 2)	Intervenções (Nível 3)	Resultados
Raiva (10002320)	1 - Fisiológico básico	E – Promoção do conforto físico	1450 – Relaxamento muscular progressivo	(M) 1208 – Diminuição do nível da depressão
Ansiedade (10002429)			1480 – Massagem simples	(M) 1201 – Aumento da esperança
Depressão (10005784)	3 - Comportamental	O – Terapia comportamental	5455 – Toque terapêutico	(M) 1205 – Aumento da auto-estima
Desespero (10005811)			4360 – Modificação do comportamento	(N) 1300 – Aumento da aceitação: estado de saúde
Angústia (10006118)			4640 – Assistência no controlo da raiva	(N) 1302 – Desenvolvimento do enfrentamento
Medo (10007738)		P – Terapia cognitiva	4700 - Reestruturação cognitiva	(N) 1305 – Desenvolvimento da adaptação psicossocial: mudança de vida
Frustração (10008252)			4920 – Escutar activo	(O) 1402 – Controlo da ansiedade
Luto (10008516)		R – Assistência no enfrentamento	5230 – Melhora do enfrentamento	(O) 1409 – Controlo da depressão
Culpa (10008603)			6160 – Intervenção em crise	(O) 1404 – Controlo do medo
Auto-estima (10017724)			5270 – Suporte emocional	(P) 1503 – Envolvimento social
Estigma (10013835)			5310 – Instilação de esperança	(Z) 2506 – Saúde emocional do cuidador
Auto-controlo (10017690)			5400 – Aumento da auto-estima	(Z) 2508 – Bem-estar do cuidador
		T – Promoção do conforto psicológico	5820 – Redução da ansiedade	
			5900 – Distração	
			6000 – Orientação para imagem focalizada	
			6040 – Terapia simples de relaxamento	

Coping (10005208)	5 – Família	X – Cuidados no ciclo de vida	7140 – Suporte à família
-------------------	-------------	-------------------------------	--------------------------

ANEXO 5.1

Tabela 3.1 – NOC: Correspondência dos resultados às respectivas classes e domínios e seus indicadores

NOC			
Domínio	Classe	Resultados	Indicadores
III – Saúde psicossocial	M – Bem-estar psicossocial N – Adaptação psicossocial O – Auto-controlo P – Interacção social	(M) 1208 – Diminuição do nível da depressão (M) 1201 – Aumento da esperança (M) 1205 – Aumento da auto-estima	120801 – Humor deprimido
			120806 – Fadiga expressa
			120809 – Insónia ou sono excessivo
			120814 – Tristeza
			120815 – Crises de choro
			120816 – Raiva
			120817 – Desesperança
			120823 - Irritabilidade
			120104 – Expressão de razões para viver
			120105 – Expressão de sentido para a vida
			120107 – Expressão de crença em si
			120109 – Expressão de paz interior
			120110 – Expressão de sensação de auto-controlo
			120112 – Fixação de metas
			120507 – Comunicação franca
			120519 – Sentimentos de auto-valorização

	130001 – Sensação de paz
	130002 – Abandono do conceito de saúde anterior
	130003 – Calma
	130007 – Sentimentos expressos em relação ao estado de saúde
	130011 – Tomada de decisão relacionada com a saúde
	130203 – Verbaliza sensação de controlo
	130204 – Relata redução do stress
	130205 – Verbaliza aceitação da situação
	130207 – Modifica o modo de vida conforme a necessidade
(N) 1300 – Aumento da aceitação: estado de saúde	130210 – Emprega comportamentos para reduzir o stress
(N) 1302 – Desenvolvimento do enfrentamento	130212 – Usa estratégias eficazes de enfrentamento
(N) 1305 – Desenvolvimento da adaptação psicossocial: mudança de vida	130214 – Verbaliza necessidade de auxílio
	130216 – Relata aumento do conforto psicológico
	130501 – Estabelecimento de metas realistas
	130502 – Manutenção da auto-estima
	130505 – Expressões de optimismo sobre o presente
	130507 – Expressões de sensação de poder
	130506 – Identificação de múltiplas estratégias de enfrentamento
	130513 – Expressões de apoio social adequado
	130514 – Participação em interesses de lazer

	140201 – Monitoriza a intensidade da ansiedade 140205 – Planeia estratégias de enfrentamento para situações stressantes 140206 – Usa estratégias eficazes de enfrentamento 140207 – Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade 140214 – Relata sono adequado 140215 – Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade 140216 – Manifestações comportamentais da ansiedade ausentes
(O) 1402 – Controlo da ansiedade	140902 – Monitora a intensidade da depressão
(O) 1409 – Controlo da depressão	140903 – Identifica os percursos da depressão
(O) 1404 – Controlo do medo	140905 – Manifestações comportamentais da depressão ausentes
	140909 – Relata melhora do humor
	140401 – Monitoriza a intensidade do medo
	140402 – Elimina os percursos do medo
	140405 – Planeia estratégias de enfrentamento para situações de medo
	140406 – Usa estratégias eficazes de enfrentamento
	140407 – Usa técnicas de relaxamento para reduzir o medo
(P) 1503 – Envolvimento social	150303 – Interação com membros da família
	150311 – Participação em actividades de lazer

V – Saúde percebida	U – Saúde e qualidade de vida	(U) 2000 – Qualidade de vida (U) 2002 – Bem-estar	200002 – Satisfação com as circunstâncias sociais 200008 – Satisfação com o alcance das metas de vida 200009 – Satisfação com a capacidade de enfrentamento 200010 – Satisfação com o auto-conceito 200208 – Satisfação com a capacidade para relaxar 200210 – Satisfação com a capacidade para expressar emoções
VI – Saúde familiar	Z – Estado de saúde de membro de família	(Z) 2506 – Saúde emocional do cuidador (Z) 2508 – Bem-estar do cuidador	250502 – Sensação de controlo 250504 – Livre de raiva 250505 – Livre de ressentimentos 250506 – Livre de culpa 250507 – Livre de depressão 250508 – Livre de frustração 250509 – Livre de ambivalência a respeito da situação 250612 – Bem-estar espiritual percebido 250802 – Satisfação com a saúde emocional 250807 – Satisfação com o apoio profissional

ANEXO 6

Actividades desenvolvidas no campo de estágio AEIPS:

- Participação na Reunião Geral
- Participação na Assembleia-geral
- Participação na Reunião Teórica
- Consulta de documentos e instrumentos da AEIPS
- Pesquisa bibliográfica
- Participação na apresentação das áreas de intervenção da AEIPS
- Auscultação de opiniões de técnicos
- Participação na Reunião Pós-Laboral
- Avaliação mensal de estágio dentro do programa da AEIPS “Emprego Apoiado”
- Assistência a uma apresentação de um membro a um Júri num processo de certificação para obtenção do 9º ano, CNO do CNED da Marinha (Programa da AEIPS “Formação Apoiada”)
- Visita a casa com um membro, dentro do programa da AEIPS “Casa Primeiro”
- Assistência ao debate temático do CEAM
- Entrevista com um dos membros da AEIPS/CEAM
- Participação na aula de PNF chi (Programa de Exercício Físico da AEIPS)
- Acompanhamento de membros, com técnico da AEIPS, à actividade desportiva no Casal Vistoso (Programa de Exercício Físico da AEIPS)
- Acompanhamento de membros, com técnico da AEIPS, à Cordoaria nacional para ver a Exposição “*A República Portuguesa*” (Programa de Desenvolvimento de Projectos Pessoais/Actividades Lúdicas)
- Visita domiciliária, com técnico da AEIPS, a 2 membros que vivem maritalmente com objectivo: dar informações, observar o funcionamento do casal, alimentação, estado emocional, necessidade de bens essenciais, gestão de dinheiros
- Entrevista com Dr.^a Teresa Duarte (Presidente da AEIPS) com o objectivo de explanar e explorar a possível extrapolação do termo “Recovery”

- Participação na organização da festa de Natal para os membros e familiares
- Apoio na crise a um membro
- Desenvolvimento de actividades junto dos membros com o objectivo de promover a sua integração psicossocial e facilitar o desenvolvimento do seu plano individual de recovery, tais como: apoio na elaboração de CV; apoio no estabelecimento de contactos com empresas para envio de candidatura espontânea para estágio pretendendo a integração na vida laboral; elaboração de contactos telefónicos com empresas seleccionadas pelo membro, de acordo com o seu projecto pessoal de trabalho; acompanhamento em actividade de escrita de artigo para o Boletim de Projectos Individuais; treino de membro para entrevista de emprego através de simulação; acompanhamento no preenchimento do plano individual de recovery; estimulação da expressão emocional através da escrita; uso de conotação positiva, realce dos aspectos positivos tendo em vista o aumento da auto-estima.

Conceitos teóricos desenvolvidos:

- Ajuda inter pares
- Ajuda mútua
- Advocacy (defesa dos direitos dos utilizadores dos serviços)
- Promoção do empowerment
- Operacionalização do Modelo de Recovery
- Operacionalização da promoção de um Plano Individual de Recovery
- Processo de liderança e participação do utilizador dos serviços na organização e direcção dos mesmos

ANEXO 7

Actividades desenvolvidas no campo de estágio Unidade de Hematologia:

- Prestação de cuidados generalistas de enfermagem, integrando a equipa de enfermagem, desenvolvendo intervenções de enfermagem de saúde mental
- Avaliação das necessidades de enfermagem de saúde mental das pessoas com doença oncológica internadas no serviço através de entrevista e observação recorrendo, por vezes à Escala – Termómetro de Alex Mitchell
- Implementação de intervenções de enfermagem de saúde mental
- Intervenção comunicacional utilizando a técnica do “Inquérito Apreciativo”, conotação positiva
- Intervenção comunicacional promovendo o empowerment da pessoa
- Execução de registos sobre intervenções implementadas e seus resultados
- Desenvolvimento de acção de formação reflexiva sobre “Comunicação e relações interpessoais” com a equipa de enfermagem

ANEXO 8

Actividades desenvolvidas no campo de estágio Unidade de Psico-oncologia:

- Participação em reunião clínica com os oncologistas no serviço de internamento de oncologia
- Acompanhamento de visita médica às pessoas internadas
- Acompanhamento do psico-oncólogo na visita a pessoas internadas seleccionados na reunião com indicação dos oncólogos de possível necessidade de apoio
- Discussão individual de casos observados na enfermaria e de possível intervenção
- Assistência de consultas de seguimento psico-oncológicas e execução de registo
- Discussão das intervenções comunicacionais e seus objectivos
- Apoio emocional a pessoas internadas, mediante avaliação prévia por observação na visita médica, desenvolvendo intervenções de enfermagem
- Intervenções de enfermagem a pessoas internadas: relaxamento com imaginário guiado, massagem de relaxamento com base em reflexologia
- Intervenções de enfermagem – apoio emocional a pessoa internada – intervenção de seguimento
- Intervenção de enfermagem para prestar apoio emocional a marido de doente internada em fase terminal
- Assistência de apresentação de caso clínico para discussão em grupo
- Assistência a sessão clínica de seguimento para promoção de processo de adaptação a sequelas de doença oncológica (amputação de m.s. direito)
- Assistência a entrevista clínica de acolhimento e de diagnóstico (esposa de doente falecido no internamento há 1 mês)
- Assistência ao Desayuno Clínico Inter-Hospitalarios de Psico-oncologia y Cuidados Paliativos com o tema Malestar Emocional y Psicopatologia en Personas com Enfermedad Oncológica apresentado pelo psico-oncólogo Manuel Herandéz

- Entrevista com a Enf. Supervisora do Hospital de Dia e Consultas de Oncologia
- Assistência a Seminário Teórico semanal, com o tema “Alucinações nas psicoses”
- Assistência a apresentação teórica com o tema “Transtornos de Atracón”
- Participação na discussão bibliográfica do artigo “Some observations on the process of mourning” de Otto Kernberg
- Participação em sessão clínica com o tema “Mal-estar emocional”
- Pesquisa bibliográfica
- Participação no seminário teórico com o tema “Alucinações – descrição, ocorrência e etiologia”
- Apresentação e discussão de artigo "Información y comunicación con el enfermo como factor de prevención del dolor y el sufrimiento: la acogida” de Pilar Arranz Carrillo de Albornoz com a equipa multidisciplinar do Serviço de Psiquiatria
- Apresentação à equipa do Serviço de Psiquiatria, aberto aos enfermeiros dos Hospital de Dia da Hematologia e Consultas de Oncologia, do trabalho desenvolvido no âmbito da saúde mental em contexto oncológico seguido de discussão

ANEXO 9

Apresentação à Equipa da AEIPS dos objectivos e trabalho desenvolvido

ANEXO 10

Apresentação à Equipa de Enfermagem dos objectivos e trabalho desenvolvido na Unidade de Hematologia

ANEXO 11

**Apresentação à Equipa do Serviço de Psiquiatria e Unidade de Psico-oncologia do
trabalho desenvolvido na Unidade de Psico-oncologia**